THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — THÈSE — N° 190

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 Mars 1906, à 1 heure

PAR

Maurice PICOT

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Le MASSAGE DE LA PROSTATE

Président : M. LE DENTU, *professeur*

Juges { MM. DE LAPERSONNE, *professeur*
AUVRAY, *agrégé*
MORESTIN, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat.
BROCA (André	GOUGET	MAILLARD	
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES SŒURS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur.

Parvenu au terme de nos études, nous adressons ici l'expression de notre profonde reconnaissance à tous nos maîtres, M. le professeur Debove, M. le professeur Gaucher, M. le Dr Chauffard, M. le Dr Josias, M. le Dr Rochard, M. le Dr Boissard, qui se sont efforcés de nous initier à la pratique de la médecine et de la chirurgie.

Nous remercions vivement M. le Dr Hartmann et spécialement son Assistant, M. le Dr Lebreton, dont la bienveillance nous a permis de pratiquer et d'étudier le massage de la prostate à la Consultation des voies urinaires de l'hôpital Lariboisière, et d'y prendre des observations.

Nous n'aurions garde d'oublier M. le Dr Guépin, chef du Service des voies urinaires à l'hôpital Péan, dont les conseils nous ont été si utiles au cours du présent travail.

M. le professeur Le Dentu a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous en sommes fier, et le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre profonde gratitude.

Le Massage de la Prostate

CHAPITRE I

Définition.

Si l'on s'en tient aux travaux des auteurs qui traitent du massage de la prostate, il est difficile d'en établir une définition précise. Cette difficulté témoigne non de la divergence des opinions, mais du peu de souci qu'apportent à s'entendre sur la pratique et la technique, des opérateurs généralement d'accord sur le principe.

On lit en effet (1) : « Nous ne comprenons pas naturellement sous le nom de massage les manœuvres depuis longtemps utilisées au cours de la prostatite folliculaire aiguë pour vider les glandules prostatiques par une sorte d'expression rectale. Ce procédé sans doute n'est pas sans analogie avec le massage ; cependant, ce nom doit être réservé au

1. Aubry. *Valeur et indications du massage de la prostate.* Thèse, Paris, 1899, pages 9 et 19.

traitement méthodique de certaines affections de l'appareil génito-urinaire... » ; et plus loin : « Le massage lui-même consiste en une série de frictions douces, mais assez énergiques, de la glande sur toute l'étendue. Il est indifférent d'exercer ces frictions en différents sens ; le doigt légèrement recourbé passe successivement de haut en bas, de droite à gauche. »

On lit d'autre part (1) : « J'ai pensé simplifier en désignant sous le terme unique de massage toutes ces manœuvres, qu'elles aient pour but d'exprimer les glandes et de les vider d'une sécrétion normale ou morbide, ou bien d'exercer simplement sur elles une action décongestive et modificatrice. »

« Par massage de la prostate, dit encore Guépin (2), on entend toutes les manœuvres mécanothérapiques contre les lésions de l'organe, ou simplement les troubles fonctionnels qui l'affectent. »

Les manœuvres du massage proprement dit consistent essentiellement en effleurements, tapotements, frictions et vibrations, destinés à activer la circulation sanguine et lymphatique. On recherche ainsi les effets les plus variés, les plus différents, selon le mode opératoire et les indications (atrophies musculaires, arthrites aiguës et phlébites en voie de résolution, fractures, entorses, raideurs arti-

---

1. Gabriel Colin. « Examen et massage de la prostate et des vésicules séminales. » *Revue internationale de médecine et de chirurgie,* 25 juillet 1900.

2. Guépin. *Lettre à la Société de Cinésithérapie,* 1903.

culaires et tendineuses, œdèmes, etc.). Dès lors, il devient évident que le *massage d'une glande* ne saurait être assimilé au massage d'un membre. Le terme massage, appliqué aux glandes, désigne toujours des manœuvres mécanothérapiques, mais son sens se trouve modifié, car la disposition anatomique et la physiologie, soit normale, soit pathologique, de ces organes, entraînent, comme on va le voir dans un instant, des indications et une technique différentes.

A priori, il paraît clair que, pour masser la prostate, organe glandulaire, l'opérateur doit se guider sur les principes qui dirigent le massage des glandes en général (1). A cet égard, on peut rapprocher le massage de la prostate pratiqué dans certaines prostatites, du massage des seins préconisé par le professeur Budin dans le traitement des galactophorites puerpérales, du massage de la parotide employé par le Dr Hartmann dans certaines parotidites au début, du « massage évacuateur » des glandes de Bartholin recommandé par Janet dans les bartholinites.

Choisissons donc, dans la pathologie des glandes en général, quelques exemples qui nous aident à préciser notre définition. Parmi les troubles que peut présenter une glande, on observe principalement :

---

1. *Revue de Cinésie*, 1903. « Discussion sur le massage des glandes. »

1° La rétention, partielle ou totale, de ses produits de sécrétion, par rétrécissement ou oblitération, soit du canal excréteur principal, soit des canaux collecteurs des acini. Le contenu de la glande engorgée peut d'ailleurs être aseptique ou septique (rétention simple ou suppuration). Dans ce cas, il semble indiqué de comprimer la glande pour en évacuer le contenu. On favorise ainsi, en supprimant la rétention, le retour des fonctions normales de l'organe.

2° L'infection sans rétention, le calibre du canal excréteur demeurant suffisant pour assurer l'évacuation des produits inflammatoires. Dans ce cas encore, il paraît utile de vider de même les culs-de-sac glandulaires des produits nécrosés, des microbes, qui entretiennent la suppuration, et tardent à s'éliminer spontanément.

C'est spécialement à ces manœuvres évacuatrices que s'applique le terme de massage d'une glande. On voit ainsi que *le massage d'une glande doit en être avant tout l'expression complète.*

Accessoirement, il peut avoir pour effet de ramener, par une action circulatoire et nerveuse, l'activité sécrétoire normale de la glande malade. Nous nous rapprochons ici des pratiques du massage en général ; et cet effet accessoire n'est certes pas négligeable. Il peut même quelquefois être recherché seul, quand la glande ne contient plus de produits de rétention, et paraît frappée d'atonie. C'est à lui que se bornent en général, comme nous le verrons plus

loin, les résultats du « massage électrique ».

Toutes ces considérations s'appliquent naturellement à la prostate, au même titre qu'aux autres glandes, et nous en dégagerons la définition suivante :

Par massage de la prostate, massage d'une glande, on peut entendre principalement l'ensemble des manœuvres destinées à provoquer l'évacuation des culs-de-sac par les canaux excréteurs de la glande.

Ces manœuvres consistent en compressions méthodiques et mesurées, simples ou suivies de frictions plus ou moins accentuées. La technique pourra en être plus ou moins compliquée suivant les indications, mais c'est surtout de la libération et de la détersion des parties les plus intimes de la glande prostatique, que résultera l'action thérapeutique que nous poursuivons.

Aussi bien, cette définition achèvera de se préciser plus loin par l'étude de la physiologie pathologique de la prostate.

CHAPITRE II

Historique.

I. — *Massage digital.*

Il y a fort longtemps que les praticiens s'efforcent de décongestionner la prostate par des manœuvres mécaniques. Pour peu qu'on y réfléchisse, il semble même que, du jour où on a connu les prostatites et étudié leur anatomie pathologique, on a dû chercher à diriger contre elles un traitement local auquel ces manœuvres n'étaient pas étrangères.

Cependant, la littérature médicale est muette sur ce point jusqu'à une époque assez rapprochée de la nôtre. De vieux chirurgiens français pratiquaient l'expression de la prostate, et constataient que, dans certains cas, il s'écoulait par l'urètre un liquide dont ils ne pouvaient étudier que les caractères macroscopiques. En même temps, ils instituaient la dilatation par des bougies, et il semble que, dans leur esprit, c'était un moyen de diminuer le spasme des conduits excréteurs de la glande, de faciliter l'écoulement de ses produits de rétention, et, partant, de la décongestionner. On trouve le reflet de ces idées dans les œuvres de Chopart.

Il y a loin, toutefois, de cette exploration digitale de la prostate, suivie ou non de l'expression de la glande, avec examen, même microscopique, du liquide obtenu, le tout effectué par hasard et provoquant dans certains cas une décongestion heureuse, à un massage systématique, aux conséquences prévues et surveillées, réellement thérapeutique en un mot, appelât-on ce massage compression digitale, ou expression de la prostate, ou même simplement toucher rectal.

La thèse d'Aubry (1), le travail de Colin (2) et la plupart des auteurs attribuent à Thure-Brandt, de Stockolm (1892), l'invention du massage de la prostate. Or, von Frisch (3) prétend, sans le prouver d'ailleurs, que, dès 1858, Schleiss, et, plus tard Estlander (1879) y recouraient volontiers. Ce dernier, soit dit en passant, se contentait de frotter la prostate avec une pommade iodée, ce qui ne constitue évidemment pas un massage. Il est plus certain que, dès 1891, Fuller (4) et Alexander préconisent ce massage en Amérique.

---

1. Aubry. *Valeur et indications du Massage de la Prostate.* Thèse de Paris, 1899.

2. Gabriel Colin. « Examen et massage de la Prostate et des Vésicules séminales ». *Revue Internationale de Médecine et de Chirurgie*, 25 juillet et 10 août 1900.

3. Von Frisch.. *Die Krankheiten der Prostata.* Wien. A. Hœlder, 1899.

4. Fuller. *The American Journal of the med. Sciences*, 1897, S. 440.

Quoi qu'il en soit, certains médecins français le pratiquaient bien avant Thure-Brandt. Le premier en date est Reliquet, de Paris. L'histologiste Charles Robin lui suggéra plus tard l'idée d'examiner au microscope les sécrétions qu'il obtenait par la compression de la glande. Ce fut réellement, bien que Reliquet n'employât pas ce terme, du massage comme nous l'entendons. En effet, il pratiquait l'expression de la prostate dans des circonstances bien déterminées ; il ne se contentait pas d'assurer son diagnostic par l'examen du liquide prostatique, mais tirait de cet examen des indications thérapeutiques, et obtenait par le toucher rectal l'évacuation des culs-de-sac distendus, c'est-à-dire le soulagement et la guérison de son malade.

Voici, d'ailleurs, quelques-unes de ses observations, dont les plus anciennes remontent à 1880, douze ans avant la prétendue découverte de Thure-Brandt :

Obs. 1. — « Le 16 mars 1880 le Dr Albert Le Blond m'adresse un jeune homme de 30 ans, employé de magasin, par conséquent constamment debout, qui se plaint d'envies fréquentes d'uriner (trois ou quatre fois la nuit), de douleurs le long de la partie interne des cuisses, et d'un écoulement chronique de l'urètre. De temps en temps, il a des élancements dans le canal allant de l'anus à l'extrémité de la verge. Ils sont constants en urinant et après avoir uriné. Quand ces douleurs de l'urètre sont violentes, il a envie de vomir.

« Les besoins d'aller à la garde-robe sont fréquents et sou-

vent faux. *Je touche le rectum : la prostate volumineuse est dure dans son ensemble, très sensible à sa partie moyenne ; pas de liquide s'écoulant par le méat.* La pression du doigt sur la prostate provoque des douleurs irradiantes le long des cuisses, et surtout le long de la cuisse droite. Je donne au malade les grands lavements avec la longue canule, pris matin et soir, et après ce grand lavement, je fais injecter, dans le rectum, un petit lavement composé de mucilage de graine de lin dans lequel on incorpore 2 grammes de bromure de potassium.

« 6 avril. — Il n'y a plus de douleurs irradiantes le long des cuisses, l'écoulement franchement muco-purulent est abondant ; le malade a pris de son chef du copahu qui l'a surexcité et a rendu la miction presque impossible. *Au toucher, la prostate a diminué de volume, le sillon médian se reconnaît, mais les deux bords latéraux de la prostate sont encore durs ainsi que les deux cornes. Tous ces points durs sont sensibles au toucher. A ce moment, le malade sent quelque chose qui passe dans l'urètre, mais il ne sort rien. Etant relevé après une demi-minute, il sort un liquide blanc laiteux par petits jets, il y en a la valeur d'un dé à coudre.* Puis il est pris de besoin d'uriner ; la miction se fait, dit-il, plus facilement et l'urine rendue est plus abondante qu'aux mictions ordinaires. A l'examen microscopique du liquide blanc jaune laiteux évacué par l'urètre : leucocytes abondants, spermatozoïdes morts adhérents aux leucocytes, des sympexions avec des spermatozoïdes à moitié pris dans leur masse ; l'acide acétique laisse voir les spermatozoïdes libres et morts ; granulations brillantes. On continue le même traitement, les grands et les petits lavements de mucilage de graine de lin calmants.

« 10 avril. — A uriné plus facilement et un peu moins souvent depuis sa dernière visite.

Coït, douleur très vive au moment de l'éjaculation, allant de l'anus à l'extrémité de la verge. *Au toucher rectal, la sensibilité des bords de la prostate est toujours grande ; les tissus sont toujours durs ; le malade étant relevé, il s'échappe de l'urètre par trois saccades un demi-dé à coudre de liquide blanc laiteux jaune.* Immédiatement envie d'uriner violente ; quoi qu'il ait uriné il y a dix minutes, il rend environ 100 grammes d'urine claire. A l'examen microscopique du liquide laiteux : leucocytes abondants, quelques sympexions, pas de spermatozoïdes apparents, granulations brillantes. Le même traitement est continué. J'y ajoute une cuillerée à bouche, matin et soir, de rhum créosoté, à 7 grammes pour 500, dans un verre d'eau en mangeant.

« 17 avril. — Urine moins souvent, une seule fois la nuit et plus facilement. Moins de douleurs, il n'y en a qu'en finissant d'uriner, et encore très peu. Douleurs seulement dans l'anus au moment de l'éjaculation. Le malade trouve que l'éjaculation le débarrasse et qu'il urine mieux après le coït. *Au toucher rectal, la prostate est moins grosse, les deux lobes latéraux sont durs et le gauche paraît plus gros. Le liquide louche laiteux sort par l'urètre au moment du toucher. Il est toujours abondant, mais moins qu'aux deux premières fois. Alors il sortait par petits jets au moment du toucher rectal.* Même traitement : grands lavements, petits lavements, créosote. J'ajoute un bain deux fois par semaine avec arséniate de soude, 7 grammes.

« 1er mai. — Urine moins souvent, très facilement et sans douleurs. Se lève une fois la nuit pour uriner. Coïte deux fois par semaine et sans douleur. *Au toucher rectal : prostate diminuée, plus symétrique ; la corne droite est encore un peu plus dure, mais non douloureuse au toucher ; le liquide blanc trouble est*

moins jaune ; il s'écoule le malade étant bien relevé chassé par un coup de piston. Au microscope, pas de spermatozoïdes, pas de sympexions, des leucocytes, granulations brillantes. Même traitement.

« 8 mai. — Coïte sans douleurs, urine sans douleurs, se retient facilement d'uriner ; toujours un peu d'écoulement, mais il est presque blanc ; la tache sur le linge ne présente de jaune qu'à son centre. *Au toucher rectal, prostate symétrique, consistance générale souple, pas d'induration aux cornes. Le liquide qui s'écoule après le toucher, le malade étant relevé, est beaucoup moins abondant et ne contient que des leucocytes.*

« Le malade continue à se soigner pendant un mois et il n'y a plus trace d'écoulement. »

Guépin (1) emprunte à Reliquet l'observation d'un malade (cocher du Dr C...) atteint lui aussi de prostatite chronique, et soigné de même du 14 février au 12 juillet 1880, puis du 16 février 1881 au 28 septembre 1882.

Pour bien préciser la nature des manœuvres mécanothérapiques employées par Reliquet contre les affections de la prostate, relatons encore les deux observations suivantes :

Obs. 2. — (Reliquet) « En 1884, arrive chez moi, un dimanche, un monsieur âgé de trente à trente-cinq ans, se lamentant beaucoup, souffrant violemment d'envies fréquentes d'uriner, de douleurs en urinant, d'élancement, allant de l'anus

---

1. *Glandes de l'urètre*, t. I, p. 141.

à l'extrémité de la verge. Ce malade a subi la lithotritie il y a cinq ans à Vienne ; il allait très bien lorsqu'il a été pris d'écoulement prostatique il y a cinq mois. Depuis quelques jours, une exacerbation avec les symptômes que nous avons indiqués. Il me dit que cela durait depuis plusieurs jours et que personne ne l'avait soulagé. *A mon examen du rectum, je constate la tuméfaction localisée semi-fluctuante dans le lobe droit de la prostate, je le comprime, et de suite il sort par l'urètre un bourbillon muco-purulent. La douleur est immédiatement atténuée, la miction qui suivit fut relativement peu douloureuse, et mon succès près de ce malade fut complet : car le lendemain quand je le vis, il ne souffrait plus du tout. J'étais encore là arrivé juste au moment où l'intervention était possible.* »

N'est-ce point là du massage ? Et encore :

Obs. 3 (Reliquet). — « M. C..., 67 ans, chirurgien principal de l'armée, en retraite, me consulte le 11 juin 1885... *Tous les trois mois, il fallait pratiquer le toucher rectal et vider par compression de petites tumeurs tendues, donnant au doigt la sensation de kystes synoviaux, au nombre de deux à trois, de la grosseur d'une noisette ou d'une noix, et occupant de préférence le lobe gauche de la prostate. L'organe tout entier était augmenté de volume. Quand on vidait ces tumeurs par la compression avec le doigt, il sortait du méat une substance semblable à de la gelée de groseille, contenant des grains brillants.* L'examen microscopique n'en a pas été fait... »

Contestera-t-on dès lors la priorité de Reliquet, dont le seul tort est de n'avoir pas songé au mot massage, lequel d'ailleurs, comme nous l'avons dit

au chapitre précédent, est manifestement impropre quand on l'applique aux glandes pour en désigner l'expression ?

Le 17 mars 1892 Ebermann (1) développait, devant la Société de Médecine de Saint-Pétersbourg, des idées qu'il disait personnelles, sur le « massage de la prostate ». Après avoir cité comme antérieure à ses recherches une unique observation du professeur Dittel, il exposait divers procédés d'exploration de la prostate, à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum, et d'un cathéter placé dans l'urètre ; puis il étudiait l'anatomie de la glande, son irrigation sanguine et lymphatique. Il concluait qu'il est possible « de l'atteindre par le rectum » et, « par des pressions répétées et des frictions modérées, d'expulser les produits pathologiques et les concrétions, et les chasser vers l'urètre ». Il étudiait enfin les indications du massage de la prostate, et ses contre-indications qui sont, dit-il, « dans la prostatite aiguë, dans la prostatite phlegmoneuse, dans les affections malignes de la prostate, telles que cancer, tuberculose, etc., dans les hypertrophies musculaires et dans les hypertrophies de la prostate qui sont dures et sèches et ne contiennent aucun élément susceptible de résorption ».

Ce n'est qu'au mois de novembre 1892 que paraît

---

1. Ebermann. *Internat. Centralblatt fur die Krankheiten der Harn und Sex. org.*, 1892, p. 391.

en Allemagne l'article de Thure-Brandt (1) intitulé : *Zur massage bei prostatis*. Avait-il été suggéré par la communication d'Ebermann, ou celui-ci s'était-il inspiré des travaux de Stockolm ? C'est une question à laquelle il est bien difficile de répondre.

Il ne paraît pas au reste que Thure-Brandt ait eu une notion bien nette des indications et des contre-indications du procédé thérapeutique qu'il préconisait. « Encouragé par ses succès en gynécologie », dit de lui plus tard Félecki de Budapest, il lui parut bon de masser la prostate. Il insiste à plusieurs reprises sur la légèreté avec laquelle doit être pratiqué ce massage, et nous dit avec une assurance qui nous fait concevoir une singulière idée de ses connaissances anatomiques et pathologiques : « La direction du massage de dedans en dehors (c'est-à-dire de la profondeur du rectum vers l'orifice anal), est particulièrement nécessaire pour le cas où une pierre se trouverait dans la prostate, et où on voudrait s'opposer au passage de celle-ci dans la vessie ; on doit encore en user de même dans le cas où des bactéries se trouveraient dans les voies séminales, afin de chercher à les expulser vers le dehors, et non les pousser en bas vers les testicules. »

Cette citation, d'ailleurs, ne saurait nous étonner, car Thure-Brandt n'était pas un médecin, mais un ancien sous-officier de l'armée suédoise. Comme à son époque le massage et la mécanothérapie sévissaient

---

1. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1892, nº 44.

en Suède, Thure-Brandt s'y intéressa, mais ne put les pratiquer que d'une façon tout à fait empirique.

A cet égard, Ebermann lui est manifestement supérieur. Son rapport témoigne d'une étude sincère et compétente de la question du massage de la prostate.

L'année suivante, le professeur Von Frisch enseigne le massage à la Policlinique de Vienne. Schlifka, son assistant (1), écrit en 1893 un long article où il cite quatre observations. De son côté, Rosenberg (2), en Allemagne, se loue de ce mode de traitement, et rapporte trois cas typiques (1894).

En Amérique, Hogner et Robert William Taylor publièrent sur ce sujet en 1894 et en 1895.

En France, « le massage de la prostate fut pratiqué d'une façon courante, nous dit Aubry, dès 1893, à la clinique de M. le professeur Guyon ». Nous regrettons qu'il ne nous dise pas comment il y était pratiqué.

Vers cette époque (1894), Guépin publiait sur les glandes de l'urètre, deux volumes où, reprenant et développant les idées de son maître Reliquet, il exposait nettement la physiologie normale et pathologique de la prostate, la pathogénie des diverses prostatites, et leur traitement par le massage digital, dont il indiquait la technique, les indications et les contre-indications. Cet ouvrage contient de nom-

---

1. Schlifka. *Wien med. Woch.*, 1893.
2. *Internat. Centralblatt*, 1894, p. 411.

breuses observations, empruntées pour la plupart à Reliquet, et devient le point de départ d'une longue série d'articles destinés à vulgariser ce procédé thérapeutique.

Ensuite les publications abondent. Nous citerons Hogge (1) de Liège, de Keersmaecker (2), d'Anvers, Janet (3), en 1895.

A la même date, Felecki, de Budapest, prétend mettre définitivement la question au point. Or, dans un travail (4) qu'Aubry qualifie d'excellent sans avoir peut-être pris le soin de le lire en entier, Felecki estime que la prostate est inaccessible dans son entier au doigt de l'opérateur. Il cherche à le prouver, d'ailleurs, par un tableau de mensurations effectuées sur le cadavre, tableau qui comprend entre 7 cm. 1/2 et 12 cm. 1/2 la distance du bord supérieur (base) de la prostate, à l'orifice anal. Aussi propose-t-il un instrument auto-masseur qu'il présente en ces termes : « Cet instrument, que j'ai déjà rapidement décrit dans mon livre paru en 1894, se compose de deux parties, une bougie rectale en forme de poire allongée, et un manubrium. La bougie est longue de 13 centimètres, et possède à sa partie la

---

1. Hogge. *Le Scalpel*, 24 mars 1895.

2. De Keersmaecker. *Annales de la Société belge de chirurgie*, 15 avril 1895.

3. Janet. *Annales génito-urinaires de Guyon*, juin 1895.

4. Felecki. « Massage der Prostata ». *Centralbl. f. Harn und Sex. org.*, 1895.

plus épaisse une circonférence de 6 centimètres. Le manche a de 18 à 20 centimètres. Pour l'usage, ces deux portions se fixent l'une à l'autre, et font ensemble un angle de 100 degrés. Le massage de la prostate est, à l'aide de cet instrument, extraordinairement simple à pratiquer. Le malade intelligent introduit lui-même l'instrument bien graissé dans le rectum... » Nous verrons au chapitre suivant ce qu'il faut penser des opinions de Felecki, et, plus loin, de son instrument, comme de tous les auto-masseurs de Rosenberg, Swinburne, Goldberg, Le Für et autres.

Depuis, le massage de la prostate, couramment pratiqué par tous les urologistes, suscita de nombreux travaux, étudié successivement par Guépin, Janet, Eupir Walter Collan qui l'applique au traitement de la spermatocystite, Guiard dans un excellent ouvrage sur les complications de la blennorragie chez l'homme, Aubry (thèse de Paris, 1899), Gabriel Colin *(Examen et massage de la prostate et des vésicules séminales)*, Le Clech (thèse sur les prostatites d'origine intestinale, 1903), pour qui rien n'approche du masseur mécanique et électrique de Le Für.

En résumé, c'est à Reliquet que nous attribuerons le mérite d'avoir imaginé le massage de la prostate. Il est vrai que Reliquet employait communément le terme de compression digitale, ou d'expression de la prostate ; mais, avec Colin, il nous semble que le mot importe peu, puisque compression digitale, expression et massage sont synonymes, désignant une même méthode théra-

peutique appliquée aux mêmes indications et soumise à la même technique opératoire.

II. — *Massage électrique.*

L'application de l'électricité au traitement local des prostatites paraît être antérieure au massage digital. En 1870, Tripier, le premier, semble-t-il, l'utilisa, sous forme de courants induits, contre les « engorgements » de la glande. Un peu après, Jules Chéron et Moreau-Wolff (1) conseillent les courants constants contre « l'inflammation, l'engorgement et l'hypertrophie de la prostate ». Ils emploient « des éléments de Remak de 8 à 20, avec excitateur rectal en cuivre recouvert de toile mouillée », et publient huit observations démontrant l'efficacité de ce traitement.

Puis, cette méthode fut oubliée, et ce n'est qu'en 1885 que G.-N. Tilden et F.-L. Watson la préconisent de nouveau.

Dans le traité d'électricité médicale d'Onimus et Legros, on trouve l'observation d'un étudiant en médecine guéri de spermatorrhée par les courants continus. Ultzmann et Popper appliquent les courants faradiques au traitement de la prostatite chronique. En 1899, Popper présente un instrument de caoutchouc durci terminé par une plaque métallique,

---

1. *Gazette des Hôpitaux*, 1870.

avec électrode abdominale, et dit avoir obtenu grâce à lui des résultats encourageants.

Hogge, au contraire, utilise les courants galvaniques. Il publie de nombreuses observations, et déclare avoir toujours obtenu d'heureux résultats chez des malades soignés en vain depuis longtemps par d'autres méthodes, et abandonnés par leurs médecins.

Nous trouvons ensuite le masseur mécanique et électrique de Le Für, vivement recommandé par Le Clech dans sa thèse sur les prostatites d'origine intestinale. Celui-ci recommande le massage contre les prostatites chroniques, et préfère, sans dire pourquoi, d'ailleurs, le massage instrumental au massage digital, avouant au reste que les effets en sont inconstants.

Récemment (1904), le Dr Denis Courtade, de Paris, fit construire un dispositif que nous ferons connaître plus loin, et qui diffère peu des précédents.

C'est à dessein que nous avons séparé, dans ce chapitre d'historique, le massage électrique du massage digital. En effet, nous verrons plus tard que celui-ci seul mérite vraiment le nom de massage, et que le terme de massage électrique constitue un abus de langage.

CHAPITRE III

Considérations anatomiques et physiologiques.

Certaines notions anatomo-physiologiques nous sont indispensables pour comprendre la technique, les indications et le mode d'action du massage.

I. — Organe musculo-glandulaire du système génital mâle, la prostate, bilobée (lobe droit et lobe gauche), a la forme d'une châtaigne à base supérieure. Elle pèse environ 20 grammes, et mesure 30 millimètres de hauteur, 40 millimètres de largeur et 25 millimètres d'épaisseur. Glande génitale, elle n'acquiert son développement qu'à la puberté, et s'hypertrophie très fréquemment chez le vieillard.

Oblique de haut en bas et d'arrière en avant, elle occupe, dans l'étage supérieur du périnée, une *loge prostatique* à six parois : 1° paroi postérieure, formée par l'aponévrose prostato-péritonéale ; 2° paroi antérieure, constituée par la partie inférieure de la face postérieure des pubis et de la symphyse, rapport fixe qu'on utilise dans l'exploration et le massage de la glande ; 3° parois latérales que représentent les aponévroses pubo-rectales, étendues verticalement du pubis aux faces latérales du rectum, et

de l'aponévrose périnéale moyenne à l'aponévrose du releveur de l'anus ; 4° paroi inférieure qui fait partie du feuillet supérieur de l'aponévrose périnéale moyenne ; 5° paroi supérieure, incomplète, formée en avant par les ligaments pubo-vésicaux, en arrière par la vessie, les vésicules séminales et les canaux déférents.

Enchâssée dans cette loge, la prostate offre à l'étude quatre faces, une base et un sommet :

1° La *face postérieure*, inclinée à 45 degrés, en as de cœur, est déprimée par un sillon vertical médian. Elle est séparée par un tissu cellulaire lâche, de la paroi rectale qui peut ainsi glisser à sa surface sous la pression du doigt explorateur ;

2° La *face antérieure*, courte, presque verticale, est séparée de la symphyse pubienne par le plexus de Santorini ;

3° Les *faces latérales*, parcourues par les veines latérales de la prostate, répondent, par l'intermédiaire des aponévroses pubo-rectales, aux releveurs de l'anus ;

4° La *base*, irrégulière, obliquement coupée de haut en bas et d'arrière en avant, comprend trois zones : *a*) une zone antérieure qui répond au col de la vessie entouré de son sphincter, et donne insertion aux fibres externes ou longitudinales de ce sphincter ; *b*) une zone moyenne qui se soulève souvent, surtout chez le vieillard, en une saillie médiane, oblongue et transversale (*lobe moyen ou médian de la prostate*, *luette vésicale de Lieutaud*) ; *c*) une

zone postérieure, excavée pour supporter les vésicules séminales et les canaux déférents, et présentant de chaque côté l'orifice de pénétration des canaux éjaculateurs ;

5° Le *sommet* ou *bec*, situé un peu au-dessous d'une horizontale menée par la pointe de la symphyse, constitue le sommet du triangle recto-urétral. Trois ou quatre centimètres seulement le séparent de l'orifice anal. Rappelons à ce propos les mensurations de Felecki. Celui-ci, pour légitimer son instrument auto-masseur, prétend que la prostate est inaccessible dans son entier au doigt explorateur. Tous ceux qui pratiquent le toucher rectal savent qu'il n'en est rien. D'ailleurs, on pourrait, au besoin, et sans douleur pour le patient, déprimer la région anale : on gagnerait ainsi quelques centimètres, ce qui est plus que suffisant pour explorer la prostate dans toute son étendue. Au reste, Hogge, de Liège, fait pratiquer le massage par le malade lui-même, « au moyen du pouce introduit dans la position accroupie, massant debout le corps un peu infléchi latéralement. Le pouce droit masse la prostate gauche, et inversement » (1). Or, le pouce est loin de mesurer les 13 centimètres de la bougie rectale de Felecki. De son côté, W. Ayres masse les vésicu-

---

1. Hogge. *L'Electro-massage de la prostate dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate et du prostatisme vésical* (Compte rendu de la 4e session de l'Association française d'urologie).

les séminales et prétend qu'on les atteint « facilement » avec le doigt (1).

L'*urètre prostatique* traverse la glande du tiers antérieur de la base au sommet. Vertical dans son ensemble, il décrit une courbe concave en avant, dont le rayon augmente dans la prostatomégalie régulière. Sa paroi postérieure est soulevée sur la ligne médiane par le *véru montanum*, saillie longitudinale longue de 14 millimètres, qui donne naissance : en haut à des plis muqueux, *freins du véru*, qui, avant de se perdre à l'orifice vésical, comblent plus ou moins la *fossette prostatique*, dépression sus-jacente au véru, où débouchent les conduits excréteurs du lobe moyen de la prostate ; en bas, à la crête urétrale, qui va se bifurquer et s'effacer dans l'urètre membraneux. Sur le véru, trois orifices : un médian qui conduit dans l'*utricule prostatique*, cul-de-sac inconstant de 1 centimètre de profondeur, oblique en haut et en arrière, vestige de la portion terminale des canaux de Müller ; deux latéraux où s'ouvrent les canaux éjaculateurs, presque accolés l'un à l'autre à la partie moyenne de leur trajet, divergeant à leur terminaison : du tissu fibreux, et un prolongement de la gaine érectile de l'urètre, les séparent de la glande. Enfin, le véru est circonscrit latéralement par deux rigoles où s'ouvrent, dans des fossettes cribliformes disposées en séries longitudinales assez régulières, les conduits excréteurs

1. W. Ayres. *New-York med. Journal*, 14 mai 1898.

principaux, ou latéro-postérieurs, de la prostate. Les orifices des conduits antérieurs, microscopiques en raison du peu de développement de leurs culs-de-sac, criblent la paroi antérieure de l'urètre prostatique.

Richement vascularisée, la prostate contient : des *artères* de petit calibre qui viennent des vésicales inférieures et des hémorrhoïdales moyennes ; des *veines* qui se rendent, sur les faces latérales de la glande, au plexus vésico-prostatique communiquant largement en avant avec le plexus de Santorini, en arrière avec le plexus séminal ; des *lymphatiques* très nombreux, disposés en plexus périacineux, et tributaires du réseau périprostatique, relié lui-même, par deux troncs antérieurs grêles, à un ganglion voisin du trou sous-pubien, par deux troncs latéraux plus volumineux, à un ganglion situé sur la paroi inféro-latérale de l'excavation. Les *nerfs* viennent du plexus hypogastrique. Présentant sur leur trajet des ganglions minuscules, ils se divisent en rameaux sensitifs et sécréteurs pour les éléments glandulaires, rameaux moteurs pour les fibres musculaires du stroma et des vaisseaux. Leur mode de terminaison est inconnu.

La prostate est composée de formations glandulaires unies par un stroma.

A. — Formé de tissu conjonctif et de fibres musculaires lisses extrêmement abondantes, le *stroma* entoure la glande d'une *capsule* ou *coque* stratifiée dans laquelle cheminent des veines anastomosées en

plexus : c'est à cette sorte de système caverneux qu'aboutissent les veines prostatiques et la plupart des veines vésicales.

La coque prostatique, dont la surface externe se confond en partie avec les parois de la loge prostatique, émet par sa surface interne des *septa* qui rayonnent vers un *noyau fibreux central* traversé par l'utricule et les canaux éjaculateurs, et doublant la paroi postérieure de l'urètre prostatique. Les septa eux-mêmes limitent des loges triangulaires à base périphérique où se tassent les éléments glandulaires. Des fibres musculaires issues de la coque, les unes, satellites des vaisseaux et des nerfs, suivent comme eux les septa ; les autres, plus nombreuses, se disposent autour des formations glandulaires, constituant au canal excréteur un manchon à trame longitudinale, au cul-de-sac une corbeille à trame plexiforme ou plus ou moins circulaire.

B. — Vingt-cinq à trente glandes en grappe, groupées en douze ou quinze lobules, représentent le tissu noble de la prostate (1). On ne les trouve qu'en arrière et sur les côtés : en avant de l'urètre, on ne rencontre que des glandes à mucus.

Comme la loge fibreuse qui le renferme, chaque lobule a la forme d'une pyramide à sommet urétral ; chaque glande, indépendante de sa voisine, a son canal excréteur et son orifice urétral.

Les glandes prostatiques sont sous-musculaires, c'est-à-dire situées en dehors des sphincters de l'urè-

---

1. Guépin. *Glandes de l'urètre.*

tre, épaisse couche musculaire que doivent traverser en entier les canaux excréteurs.

Ceux-ci sont donc très longs ; de plus, on leur distingue trois portions : une portion initiale rétro-sphinctérienne courte et rectiligne ; un portion moyenne transsphinctérienne longue et flexueuse ; une portion terminale antésphinctérienne, de nouveau courte et rectiligne, qui perfore la zone spongieuse sous-urétrale (gaine érectile), pour aboutir à l'une des fossettes cribliformes par un orifice petit, oblique, incomplètement valvulé par suite de sa disposition en bec de flûte.

Retenons, chemin faisant, une notion importante que nous utiliserons plus tard : chaque canal excréteur est entouré d'une double couche musculaire : l'une propre et mince, à fibres parallèles à son axe, issue du stroma prostatique (appareil expulseur) ; l'autre, épaisse, commune à tous les canaux excréteurs, à fibres perpendiculaires, constituée par le sphincter urétral, lequel est en connexion intime avec la prostate (appareil de fermeture).

L'acinus lui-même, plus ou moins déformé chez l'adulte et le vieillard par la présence des sympexions, est un tube court et flexueux, de 1/2 millimètre de diamètre, de 1 à 2 millimètres de long. Son épithélium, reposant sur une membrane propre si mince, si peu résistante, si adhérente au tissu ambiant, que Griffiths en nie l'existence (1), contient :

1. Griffiths. « Observ. of the anatomy of the prostate » *Journ. of anatomy and physiol.*, 1889, vol. XIII.

1° De grandes cellules (Langerhans), prismatiques, à sommet périphérique, dont le protoplasma, clair, réfringent, parsemé de nombreuses granulations d'un brun jaunâtre, entoure un noyau arrondi sans nucléole apparent. Chez l'enfant, ce protoplasma est beaucoup moins abondant, et ne semble pas avoir la même nature : la transformation se fait vers l'âge de seize ans;

2° De petites cellules globuleuses, interposées aux précédentes, à noyau volumineux, à protoplasma peu abondant.

Les canaux excréteurs ont exactement la même structure, ce qui justifie leurs dimensions en apparence excessives, et le nom de canaux sécréteurs qu'on leur a donné (1). Toutefois, dans leur portion terminale (canal excréteur proprement dit), on ne trouve plus qu'une seule couche de cellules cylindriques à plateau (Launois) porteur de cils vibratiles vers la lumière du conduit (Robin).

Quand les acini et les canaux sécréteurs ont été distendus, leur épithélium, perdant ses caractères distinctifs, devient pavimenteux stratifié (Kœlliker).

Normalement, ces culs-de-sac et leurs canaux contiennent toujours une quantité de *suc prostatique* qui, nulle après un coït, ne dépasse jamais quelques gouttes en période d'abstinence. Recueilli au méat après « massage » de la prostate, et immédiatement examiné sur une lame tiédie à la flamme

1. Chrétien. *Dict. des Sc. médic.* Article « Glande ».

il nous apparaît comme un liquide laiteux, non filant, légèrement alcalin (1).

Un faible grossissement nous y fait découvrir : 1° Des granulations très fines et réfringentes de graisse phosphorée qui donnent au liquide prostatique l'aspect laiteux d'une émulsion ;

2° Des sympexions, petites masses irrégulières, fermes, jaunâtres, de la grosseur d'un leucocyte ou même moindres, à stries concentriques ou aréolaires, plus nombreux avec l'âge chez les continents absolus ou relatifs, comme les petits amas de substance visqueuse d'où ils semblent procéder, et que la vésicule contient parfois en très grande abondance ;

3° Par exception, de très rares leucocytes et de très rares cellules, soit cylindriques à noyau apparent, soit arrondies à noyau énorme et foncé ;

4° Quelquefois, en dehors de tout état pathologique, du sang (hématies), et des spermatozoïdes rares, mobiles, chez les continents qui n'ont pas pratiqué le coït depuis plusieurs semaines (Robin) : ils viennent évidemment des vésicules et des canaux déférents comprimés par le massage.

Jamais le suc prostatique non desséché ne contient de forme cristalline. Les cristaux qu'y décrivent les auteurs allemands ne s'observent que dans le liquide refroidi et plus ou moins desséché.

Signalons ici l'analogie frappante qui existe entre

---

1. Guépin. *Glandes de l'urètre.*

la prostate et les vésicules séminales (1). Celles-ci sont constituées par un canal central volumineux sur lequel viennent se brancher des canaux plus petits. Une fois déroulés, ces canaux ressemblent étrangement à une glande prostatique. Le tube excréteur est long de 1 à 6 centimètres, et des acini cylindriques et allongés s'y abouchent irrégulièrement. L'acinus est plongé dans une couche musculaire plus ou moins plexiforme où rampent un riche réseau vasculaire et des nerfs. Une membrane propre, mince et transparente, supporte un épithélium stratifié (Morel).

Les produits sécrétés sont sensiblement analogues : le suc des vésicules est de consistance crémeuse, semi-liquide, ni visqueux, ni filant, contient des sympexions solubles dans l'acide acétique et des gouttes visqueuses, point de départ probable des sympexions.

Chez l'homme, il est vrai, la vésicule séminale est non seulement un organe de sécrétion, mais un réservoir pour le sperme. L'anatomie comparée nous montre cependant que chez certaines espèces (cobaye), la vésicule séminale ne renferme jamais de spermatozoïdes (2).

La seule différence essentielle consiste dans les

---

1. Guépin. *Glandes de l'urètre.*

2. Hénocque. « Aptitude des cobayes mâles à la reproduction ». *Archives de physiologie,* janvier 1891.

rapports, si importants en pathologie, de la prostate avec les voies urinaires.

Cette analogie entre la prostate et les vésicules peut se poursuivre au triple point de vue physiologique, pathologique et thérapeutique, et on ne s'étonnera pas de nous entendre parler quelquefois de massage des vésicules séminales à propos du massage de la prostate.

II

La physiologie de la prostate doit être divisée en physiologie normale, et en physiologie pathologique.

A. — Le suc prostatique sert à lubrifier l'urètre avant l'éjaculation, et à fournir un véhicule au sperme. On connaît mal le mécanisme intime de sa sécrétion. « Les deux ordres de cellules y participent-elles ? Y a-t-il destruction des cellules, ou simple rejet des substances formées dans leur protoplasma ? » La rareté des éléments cellulaires dans le suc prostatique rend plus vraisemblable cette dernière hypothèse.

La sécrétion prostatique est continue, car d'une part les canaux de la glande contiennent toujours une certaine quantité de liquide, d'autre part les sujets même que ne tourmentent pas les désirs vénériens ont quelquefois des expulsions spontanées et involontaires. Cette sécrétion augmente évidemment sous l'influence de l'excitation génésique, comme le prouvent les accidents dus à la dilatation des culs-

de-sac prostatiques après les excitations génésiques non satisfaites (fiancés qui se croient atteints d'écoulements, de rétrécissements, etc.).

Au contraire, l'*excrétion est intermittente*, ne se produisant physiologiquement qu'au moment de l'éjaculation. Ce phénomène intermittent est provoqué par le spasme qui contracte les voies séminales tout entières, spasme auquel préside chez le cobaye un nerf spécial, voie centrifuge du réflexe parti des organes sensoriels du gland, le nerf éjaculateur de Rémy (1).

Dans l'intervalle des éjaculations, le conduit excréteur glandulaire est oblitéré :

1° Par l'élasticité du tissu conjonctif qu'il traverse (centre fibreux de la prostate, muqueuse urétrale) ;

2° Par la tonicité des fibres de l'orbiculaire urétral, qui lui forme un manchon contractile, et constitue son mode important d'occlusion.

Pour déverser le suc prostatique dans l'urètre, il faut l'intervention d'une force capable de vaincre ce double obstacle. Elle est développée par deux systèmes contractiles :

1° Les fibres canaliculaires du tissu musculaire propre de la prostate (*appareil expulseur intrinsèque*) ;

2° *L'appareil expulseur extrinsèque*, qui comprend tous les muscles du périnée (sphincter anal, bulbo-

---

1. Rémy. Soc. de Biol., juillet 1885. *Journal de l'Anat. et de la Physiol.*, 1886.

caverneux, muscle de Wilson, releveur de l'anus), et même les parois de l'abdomen qui portent et compriment tous les organes contre le plancher du petit bassin.

Pour que se produise l'expulsion physiologique du liquide prostatique, il est nécessaire que ces deux appareils agissent synergiquement. Si l'un des deux vient à refuser son concours, l'expulsion n'a pas lieu. Prouvons-le par deux exemples :

1° Reliquet rapporte l'observation d'un malade atteint d'une ostéomalacie sénile du coccyx (1). Cette affection réduisait à l'impuissance l'appareil expulseur extrinsèque, et provoqua des troubles urinaires dus à une énorme prostatomégalie par rétention du liquide prostatique. Les culs-de-sac prostatiques étaient tellement dilatés qu'on crut longtemps à un cancer massif de la glande ;

2° La volonté est incapable de produire seule l'éjaculation. Or, sans action sur l'appareil intrinsèque (fibres lisses), elle peut faire contracter énergiquement l'appareil extrinsèque (fibres striées) (2).

Au reste, la volonté, impuissante à provoquer l'acte de l'évacuation, peut l'interrompre quelquefois. Il y a alors coït incomplet, cause de dilatation glandulaire par accumulation des produits de sécré-

---

1. Reliquet. *Communicat. à la Soc. de méd. et de chir. prat.*, 10 mai 1894.

2. Reliquet rapporte cependant un cas, d'ailleurs exceptionnel, d'éjaculation volontaire.

tion (exactement comme dans le cas d'excitation génésique prolongée sans satisfaction) et origine possible d'accidents de prostatisme. Le plus souvent, toutefois, la volonté ne fait que suspendre les phénomènes contractiles dont le but est l'évacuation ; l'état de tension des muscles de l'appareil extrinsèque persiste, incapable de cesser immédiatement, et l'éjaculation se produit hors des organes de la femme.

B. — Ces notions nous rendront facile l'étude de la physiologie pathologique de la prostate. Les deux fonctions de sécrétion et d'excrétion de la glande peuvent être troublées, et elles le sont souvent simultanément.

I. — *Fonction de sécrétion.* — On observe de l'*hypersécrétion* prostatique dans trois circonstances principales.

1° L'irritation simple des parois de l'acinus par la dilatation prolongée de sa cavité (prostatite sénile par exemple, à sa phase préparatoire) ;

2° L'inflammation franche du cul-de-sac glandulaire, que cette inflammation soit propagée (prostatite au cours d'une urétrite), ou idiopathique (prostatite tuberculeuse) ;

3° L'excitation génésique sans satisfaction, phénomène physiologique si l'on veut, mais capable de provoquer, comme d'ailleurs la continence prolongée, les mêmes troubles pathologiques.

Si la stagnation du liquide prostatique devient habituelle, il est clair que ce liquide lui-même finit

par s'altérer à la longue ; il s'épaissit, contient des sympexions plus nombreux et des calculs (prostatite sénile).

II. — *Fonction d'excrétion.* — Elle cesse de s'accomplir normalement si une cause quelconque vient rompre l'équilibre qui doit exister entre l'appareil de fermeture et l'appareil d'expulsion des canaux excréteurs.

A. — Le fonctionnement de l'*appareil de fermeture* peut être compromis de deux façons différentes :

1° Par *atonie* organique (prostatite sénile) ou fonctionnelle (névropathie). On observe alors de la *prostatorrhée*, l'expulsion se produisant à l'occasion d'un effort quelconque, mais surtout de la défécation, le bol fécal comprimant la prostate au passage. Cette atonie des appareils d'occlusion extrinsèque et intrinsèque (V. plus haut) laisse béants l'orifice et la lumière du canal excréteur, et favorise ainsi puissamment l'*infection* de la glande, l'urine et les sécrétions urétrales septiques pouvant dès lors y pénétrer facilement (prostatite aiguë).

2° Par *occlusion* intempestive du canal excréteur. Cette occlusion, de même que l'atonie, peut être organique ou fonctionnelle.

a) Dans le premier cas, l'oblitération est due à l'un ou à l'autre des agents suivants :

α) Des sécrétions épaisses, des sympexions ou des calculs prostatiques, corps généralement petits, assez durs, transparents à l'expulsion, noircissant à l'air.

β) Des croûtelles (Reliquet), plus ou moins larges, semblables à celles qui se forment sur les petites plaies exposées à l'air, d'aspect vitreux, jaune, se craquelant par la pression. Leur face glandulaire est chevelue, par adhérence de filaments muqueux, épais pareils à ceux qu'on obtient par l'expression de la prostate.

γ) L'inflammation chronique (prostatite sénile), ou non (tuméfaction inflammatoire de la prostatite aiguë). Ce mode d'occlusion est si complet que le pus, impuissant à forcer l'obstacle, s'évacue souvent par le rectum ou la vessie.

b) Quand l'oblitération est spasmodique, le spasme est créé et entretenu le plus souvent par une cause quelconque d'irritation à l'extrémité de la verge (évacuation spontanée d'une prostate distendue, après débridement du prépuce ou du méat. (Reliquet).

Plus rarement la contracture reconnaît une autre origine (spasmes urétraux localisés chez les ataxiques. Reliquet).

B.— L'impuissance de *l'appareil d'expulsion* peut frapper :

1° *L'appareil extrinsèque*, ce qui s'observe dans les affections péri-prostatiques (voyez le cas, cité plus haut, d'ostéomalacie sénile de coccyx);

2° *L'appareil intrinsèque*, qui peut être simplement atone, ou sclérosé.

Nous avons dit que la sécrétion et l'excrétion étaient souvent troublées simultanément. En effet, l'hypersécrétion, qui dilate les culs-de-sac glandu-

laires, porte nécessairement atteinte, en vertu d'une loi de pathologie générale, à l'intégrité de l'appareil d'expulsion qui les entoure (prostatite sénile).

La conséquence habituelle de tous ces troubles est la rétention des produits de sécrétion de la prostate. La rétention elle-même cause la *dilatation* des culs-de-sac glandulaires, et secondairement la *congestion* de la prostate et des organes voisins. Ainsi se constituent la *prostatomégalie* et tout son cortège d'accidents urinaires (mictions fréquentes, difficiles, douloureuses, stagnation et rétention d'urine, hématuries). Ces accidents s'expliquent : par l'élévation du col de la vessie, qui rend les mictions incomplètes, et par cette loi que Guépin formule ainsi : « Toutes les fois qu'il y a une cause d'irritation située entre le collet du bulbe et le col vésical, ou dans les organes annexes (glandes périphériques, prostate, vésicules séminales), il y a contracture de la région profonde de l'urètre avec excitation de la vessie » (1). Il semble donc *a priori* qu'en évacuant la prostate par le massage, nous ferons cesser tous ces troubles urinaires. Nous verrons plus loin que ce n'est pas là une simple vue de l'esprit.

Mais, nous ne pouvons pas toujours supprimer radicalement toutes les causes de rétention, et il est à prévoir qu'à la longue la dilatation des culs-de-sac prostatiques entraînera un état pathologique défini-

1. *Glandes de l'urètre*, t. I, p. 81.

tif de la glande, malgré la lutte quelquefois énergique et prolongée des appareils de fermeture et d'expulsion, lutte marquée par des troubles fonctionnels notables (pollakiurie, dysurie, améliorées par le coït ou l'évacution digitale de la prostate).

Le malade, alors, s'achemine lentement, mais sûrement vers la prostatite sénile (ou hypertrophie sénile de la prostate), vers la sclérose totale de sa glande (1). Les calculs et les sympexions, longtemps tolérés, finissent par jouer le rôle de corps étrangers en irritant les parois des acini et des canaux excréteurs ; l'appareil glandulaire et l'appareil musculaire continuent à faire un échange réciproque de mauvais procédés, et la prostate, mise en état de moindre résistance, laissant à tous moments béants les orifices de ses canaux excréteurs (issue de sécrétions épaisses, inertie de l'appareil expulseur), devient une proie facile pour les microorganismes qui pullulent dans l'urètre ou sont apportés par les sondes ou les bougies. L'infection se produit tôt ou tard, et c'est la fin habituelle de tous les vieux urinaires.

---

1. Nous adoptons ici la théorie qui fait de l'hypertrophie sénile une affection « d'origine, de nature et d'évolution glandulaires », théorie admise aujourd'hui, depuis Reliquet et Guépin, par la plupart des auteurs.

CHAPITRE IV

Technique opératoire.

I. — *Massage digital.*

Signalons d'abord une confusion qui semble s'être établie dans l'esprit de certains auteurs, Hogge, Guiard et Aubry entre autres. Ceux-ci considèrent le massage de la prostate, non seulement comme un procédé thérapeutique, mais encore comme un moyen de diagnostic. Sans être passible du reproche de puérilité, il est peut-être permis de refuser, malgré l'analogie du manuel opératoire, le nom de massage à un simple toucher rectal explorateur, fût-il même suivi de l'expression de la glande faite en vue d'en recueillir et d'en examiner le suc. Pour tout le monde en effet, le terme de massage implique exclusivement une idée de traitement, et nul ne songera par exemple à appeler massage de la vessie l'exploration abdominale de cet organe, dût-on en pratiquer l'expression pendant un cathétérisme, afin d'en recueillir et d'en examiner le résidu.

Ceci dit, nous ne citerons que pour mémoire le procédé de Hogge qui, comme nous l'avons exposé au chapitre précédent, fait masser la prostate par le malade lui-même au moyen du pouce introduit dans le rectum. Cette méthode nous paraît fort incommode ; et, dans bon nombre de cas, le malade n'a guère dû masser autre chose que ses colonnes de Morgagni.

Pour pratiquer l'examen et le massage de la prostate, il est de première importance d'inviter le malade à vider préalablement son rectum et sa vessie. Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'utilité de ces précautions : les indications fournies par le toucher ne sauraient avoir toute leur exactitude que si l'index explorateur ne trouve dans le rectum aucun corps étranger ; d'autre part, l'état de réplétion de la vessie peut modifier les sensations ; et si, dans certains cas, il est utile de masser la prostate sous une vessie demi-pleine, il y a tout avantage à y remplacer l'urine par de l'eau bouillie ou boriquée. Donc, avec Colin, nous recommanderons de vider au préalable la vessie par miction ou sondage avant l'examen, le rectum par un grand lavement pris de préférence deux ou trois heures avant cet examen, et, au besoin, chez les malades dont l'intestin est très encombré, par un purgatif administré la veille.

Le toucher rectal peut être pratiqué dans trois positions principales :

1° Le décubitus dorsal ;

2° La position génu-pectorale ordinaire ;

3° La position génu-pectorale simplifiée, le malade étant debout, les jambes droites, non fléchies, et modérément écartées, le corps penché en avant à angle droit, les mains appuyées sur un meuble quelconque.

Chacune de ces trois positions peut être utilisée pour le massage de la prostate. Il ne nous paraît pas toutefois qu'elles soient également bonnes. Aubry recommande le décubitus dorsal sans donner le motif de son choix. Hogge le croit aussi préférable parce qu'il permet de « toucher la prostate comme un utérus, et de ne pas modifier ses rapports ». Cette raison perd de sa valeur si l'on se souvient que la prostate est solidement fixée dans sa loge aponévrotique, et n'est en rien assimilable à un utérus, organe mobile par excellence.

Colin estime que la position génu-pectorale n'est indiquée que « lorsqu'il importe de voir (fistules, fissures, hémorrhoïdes, tumeurs de la région), ou d'examiner les faces latérales ou postérieure du rectum (rétrécissement, cancer) » ; il préfère le décubitus dorsal parce que la pulpe du doigt explorateur lui paraît être ainsi en contact plus naturel avec la paroi antérieure du rectum. Cette raison n'est pas sans valeur.

Nous estimons toutefois qu'il n'est pas très commode pour l'opérateur d'exercer des pressions de bas en haut ; et si dans le décubitus dorsal on peut s'aider, comme le dit Hogge, du palper abdominal, ce palper, moyen de diagnostic, n'est nullement

nécessaire pour pratiquer le massage de la prostate.

Aussi préférons-nous la position génu-pectorale, et surtout la position génu-pectorale simplifiée, ordinairement plus agréable au malade, un vieillard souvent, qui la prend avec moins d'effort. L'opérateur, placé derrière lui, introduit l'index bien graissé dans le rectum, et l'enfonce directement de toute sa longueur, aussi loin que possible, en déprimant au besoin la région anale avec la main et les autres doigts repliés.

Dans ce premier temps, la face dorsale de l'index restera au contact de la paroi postérieure du rectum, et la pulpe du doigt ne sera abaissée pour l'exploration de la région que lorsque l'introduction ne saurait être poussée plus avant.

Dans ces conditions, il nous a paru que le toucher peut s'effectuer avec toute la légèreté désirable. Il est aisé de se rendre un compte exact de l'état du tissu de la prostate ; l'exploration de ses cornes est facile ; on atteint même les vésicules séminales. Il peut sembler que dans le décubitus dorsal, l'exploration gagne un peu en profondeur en s'aidant du palper hypogastrique. Mais on gagne bien davantage à déprimer le diaphragme périnéal, ce qu'on ne peut faire dans la position précédente, qu'en surélevant considérablement le siège du patient, et en abaissant le coude d'une façon souvent fort incommode. En outre, dans la position génu-pectorale, les rapports de la prostate, quoi qu'en dise Hogge, sont bien moins modifiés que dans le décubitus dorsal, la

glande conservant dans le premier cas son état de suspension normale. Si, d'autre part, l'exploration révèle qu'il est indiqué d'exercer en un point quelconque de la prostate une pression plus ou moins énergique, le doigt peut encore le faire tout aussi bien, sinon mieux, car il se fatigue moins, lorsque l'examen a lieu en position génu-pectorale. Cette position permet encore tout aussi facilement, pour comprimer la glande, de lui donner un point d'appui naturel sur la symphyse pubienne, dont elle n'est séparée que par le plexus de Santorini, plexus qu'il n'est d'ailleurs pas désavantageux d'exciter mécaniquement, puisque le mouvement circulatoire qu'on y provoquera se répercutera immédiatement sur la circulation prostatique. Enfin, la position génu-pectorale simplifiée ne nécessite aucun préparatif, même pas un lit d'examen, ce qui la rend accessible aux plus modestes praticiens.

Si l'opérateur est sûr de la finesse de ses perceptions, il peut recouvrir son doigt d'un protecteur de baudruche.

Ce doigt sera enduit d'un corps gras qu'on ne ménagera point : on n'oubliera pas d'en enduire aussi largement le pourtour de l'anus, afin d'éviter toute souffrance au malade.

Le choix de ce corps gras n'est pas indifférent. On proscrira formellement la vaseline boriquée : l'acide borique y est en suspension sous forme de fines paillettes qui peuvent irriter facilement, au cours du massage, la muqueuse rectale du patient qui ne

saurait en savoir gré à son médecin. Pour la même raison, nous nous méfions des pommades susceptibles d'être irritantes à un degré quelconque, par exemple de la pommade du professeur Guyon, que recommandent Aubry et Colin, et qui contient de l'acide phénique et des savons solubles. Il nous semble que le corps gras utilisé n'a nullement besoin d'être antiseptique, et nous préférerons la vaseline aseptique simple.

Après ces indications générales sur le toucher rectal, abordons *l'exploration de la prostate*. Nous ne saurions mieux commencer qu'en citant ces quelques lignes du professeur Guyon : « Il faut procéder par ordre et méthodiquement dans cet examen si l'on veut en retirer toutes les indications qu'il est capable de fournir; il en est du toucher rectal comme du toucher vaginal dont il a chez l'homme l'importance, et avec lequel il a plus d'une analogie. »

« Je porte, dit Reliquet, la *pulpe* du doigt sur le bord supérieur de la prostate à la partie moyenne, puis j'explore le bord postérieur, en allant vers la corne droite, et je ramène le doigt en avant pour me rendre un compte exact du lobe droit; le doigt reporté sur la partie moyenne du bord postérieur, j'explore de la même façon le bord postérieur gauche, la corne gauche et le lobe gauche. Bien entendu, cette exploration permet de reconnaître l'état général de la prostate, sa consistance générale, son volume, ses rapports avec les parties voisines : les

ischions latéralement, les vésicules séminales en arrière... Enfin, le doigt est porté de la partie moyenne du bord postérieur en avant, pour reconnaître s'il n'y a rien dans cette partie de l'organe que traversent les canaux éjaculateurs...

« C'est ainsi seulement qu'il est possible de reconnaître le point réellement douloureux, de dire où sont les cavités glandulaires qui pourront se vider par pression du doigt, en raison des perceptions de dépression et de rénitence convenablement acquises et localisées ; on recueillera en outre les indications qui peuvent être utiles sur l'état de la vessie et sa sensibilité, sur le rectum et l'état de sa muqueuse, sur les vésicules séminales si possible et leur réplétion. »

Normalement, la prostate donne la sensation d'une masse arrondie, de consistance assez dure, suspendue au milieu d'un diaphragme élastique. La face postérieure de la glande, la seule accessible au toucher, et la plus importante d'ailleurs à cet égard, est creusée en son milieu d'une large gouttière, et les deux lobes latéraux sont sensiblement égaux et réguliers. Ses dimensions sont approximativement celles d'une noix. Elle est rénitente régulièrement, et le toucher n'excite chez le patient aucune sensation douloureuse ; tout au plus accuse-t-il parfois un léger besoin d'uriner.

Les auteurs signalent l'existence sur la paroi antérieure du rectum d'une crête longitudinale qui mérite d'être signalée, mais n'a rien de pathologi-

que. On dit souvent que normalement les vésicules séminales ne sont point perçues, soit que leur situation anatomique n'en permette pas l'accès, soit qu'elles ne puissent être senties quand elles sont vides. Telle n'est pas, comme nous l'avons déjà dit, l'opinion de W. Ayres, telle n'est pas celle de Colin. Au reste, quand on ne les examine pas immédiatement après un coït, on en perçoit toujours au moins la partie inférieure ; et il ne faut pas oublier que le meilleur signe de la spermatocystite est sa constatation directe par le toucher rectal.

Au toucher rectal et à l'exploration de la prostate qui seront toujours les premiers temps d'une séance de massage, succéderont immédiatement, s'il y a lieu, les manœuvres du *massage proprement dit*.

On s'interdira toute brutalité et toute brusquerie, les manœuvres trop violentes pouvant dans tous les cas provoquer des accidents. « On évitera autant que possible d'éveiller un état de souffrance ; passer outre serait s'exposer à raviver les phénomènes inflammatoires. » (Guiard).

De l'extrémité de la pulpe du doigt, on exercera des pressions douces et continues sur tous les points donnant une sensation de rénitence, de cavité remplie de liquide, ou de kyste. On exercera ces séries de compressions d'une façon méthodique et systématique, en commençant par les parties les plus élevées de la glande, et en descendant régulièrement. Aubry estime qu'il est indifférent d'exercer ces frictions en n'importe quel sens. Hogge croit au contraire,

et avec quelque apparence de raison, plus avantageux de les diriger de la périphérie au centre de l'organe, c'est-à-dire suivant la direction des glandes prostatiques et de leurs canaux excréteurs.

« Le doigt, écrit Colin, recherchera de préférence les points rénitents qui s'affaissent sous lui ; on doit en effet sous la pression sentir la cavité se vider, et le malade doit accuser une sensation de passage de liquide dans l'urètre. Il importe que l'opérateur ait la sensation d'affaissement des tissus, ou de la déplétion d'une cavité qui se vide. On pourra continuer par une série de frictions douces de haut en bas, en allant de gauche à droite et réciproquement, puis latéralement, puis circulairement par des mouvements de meule, circonscrivant des cercles larges d'abord, et ensuite de plus en plus petits. »

« L'opérateur, dit d'autre part Guépin, reconnaît la saillie des glandes dilatées donnant la sensation de petits kystes proéminant vers le rectum, ou de noyaux durs sous la muqueuse intestinale. Pour être autorisé à comprimer un de ces points avec la pulpe digitale, il faut que celui-ci présente une certaine mollesse, qu'il cède à la moindre pression comme une poche qui se vide peu à peu ; là où on appréciait une saillie, on trouve désormais une dépression limitée par des bords réguliers et plus fermes, comparable à celle que l'on déterminerait en appuyant avec l'extrémité du doigt sur un morceau de cire molle. La moindre résistance, la moindre douleur éprouvée par le malade, doit faire suspendre la compression.

« Pendant que la pulpe de l'index déprime les saillies glandulaires, le malade sent passer un liquide dans l'urètre, et par une sorte de petite éjaculation se présentent souvent au méat de grosses gouttes de sécrétions prostatiques et vésiculaires, parfois purulentes, fétides, colorées par du sang, parfois au contraire d'aspect presque normal. »

Le malade pourra en outre accuser des sensations diverses qui peuvent aller jusqu'à l'angoisse. Celle-ci, qui se dissipera d'ailleurs rapidement, est de la nature de celles qui, sous le chloroforme, provoquent les syncopes des malades qui subissent une intervention dans la région anale. Mais, pendant le massage, on n'observe jamais rien d'aussi grave, et on ne s'inquiétera pas de ce réflexe sans importance. On ne tiendra pas compte davantage, étant donnée la brièveté de l'opération, des besoins réflexes d'uriner et de déféquer. Rappelons encore que le massage, bien que pratiqué très légèrement, devrait être immédiatement interrompu s'il était douloureux, et, à cet égard, tous les auteurs sont loin d'adopter l'opinion de Lebreton qui écrit (1) à propos de la blennorragie aiguë : « Dans tous les cas où la pression du doigt ne réveille aucune douleur dans la région prostatique, nous croyons le massage inutile, et même dangereux, puisqu'il n'aurait d'autre résultat que d'irriter des organes encore indemnes, les rendant

1. Lebreton. « Le toucher rectal ». *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* 15 mars 1905.

ainsi plus vulnérables à une infection toujours possible », et plus loin : « Le massage de la prostate nous paraît indiqué dans tous les cas où la douleur existe au niveau des lobes latéraux, quel que soit d'ailleurs le degré de la réaction douloureuse. » Nous dirons bientôt pourquoi nous nous abstenons du massage au cours de l'urétrite aiguë. De plus, l'absence de réaction douloureuse au niveau de la prostate n'implique pas toujours l'intégrité absolue de l'organe.

Quelquefois, on doit attendre un instant pour voir s'écouler au dehors les sécrétions stagnantes. Parfois même elles refluent en partie dans la vessie, et c'est à la miction qui suit le massage qu'on les retrouve sous forme de mucosités qui troublent l'urine. C'est là une circonstance fâcheuse, survenant d'ordinaire chez des malades âgés, dont les sphincters ont perdu de leur tonicité. C'est dans ce cas que la vessie doit être lavée au préalable, et lavée après le massage, de crainte de cystite et de réinfection urinaire dans les cavités glandulaires débarrassées de leur contenu.

Le massage durera deux ou trois minutes au plus, et la fréquence des séances se règlera sur les indications. On recueillera au méat, au besoin en pressant sur la verge le long de l'urètre, le liquide prostatique obtenu par le massage. Ce liquide sera examiné macroscopiquement et microscopiquement, et, de ses caractères, de son abondance, du nombre, de la nature des éléments figurés qu'il contient, on pourra tirer des conclusions importantes sur la nature, l'évo-

lution et la durée probable de la maladie, sur les indications ultérieures du massage.

Le massage de la prostate sera toujours immédiatement suivi d'une miction, afin qu'à son passage le liquide balaye d'arrière en avant et expulse au dehors les produits pathologiques déversés dans l'urètre prostatique par l'expression de la glande. Au besoin, on injecterait avant le massage une certaine quantité d'eau bouillie dans la vessie.

Il arrive assez souvent que le massage même prudent, provoque un peu d'hypersécrétion prostatique après les premières séances. On ne s'en inquiétera pas, car il s'agit là d'un phénomène mécanique passager.

Dans ce manuel opératoire, nous n'avons signalé nulle part l'emploi de sondes ou de bougies Béniqué ou autres. C'est à dessein, car nous pensons que les accidents survenus après le massage sont en partie redevables à l'usage de ces instruments. Ils sont inutiles comme point d'appui, car toutes les manœuvres de force doivent être sévèrement proscrites ; ils sont nuisibles d'autre part car, par leur présence et par la distension qu'ils font subir à la paroi urétrale, ils diminuent ou oblitèrent fâcheusement le calibre des canaux excréteurs de la glande.

Quant aux bougies rectales auto-masseuses (Felecki et autres), elles ont toutes le grave défaut de produire une action aveugle et brutale. Avec Hogge, nous croyons que rien ne peut remplacer le doigt pour cette intervention. Donc, pratiqué avec le doigt

seul, le massage de la prostate est facile et sans danger, sauf les contre-indications sur lesquelles nous insisterons au chapitre suivant.

II. — *Massage électrique.*

Nous avons déjà décrit à l'historique quelques-uns des appareils qu'il utilise. Ils se composent tous d'ailleurs d'un excitateur rectal indépendant ou monté sur le doigt, avec électrode abdominale ou périnéale, ou bougie urétrale constituant l'autre pôle. Nous avons vu que les différents auteurs se louent, qui de la faradisation, qui de la galvanisation. Pour Hogge, le courant galvanique favorise généralement « les échanges nutritifs, la circulation artérielle et veineuse, la contractilité des fibres lisses, le courant constant jouissant d'ailleurs de propriétés électrolytiques que ne possède pas le courant induit ». Au reste, Hogge interrompt fréquemment son courant galvanique, pour provoquer des contradictions plus énergiques des muscles du périnée (releveurs de l'anus), et des fibres lisses de la protaste.

Il introduit dans le rectum le pôle négatif constitué par une mince feuille de platine recouverte de peau de chamois et montée sur un doigtier de caoutchouc, l'électrode positive étant représentée par une plaque périnéale ou une bougie électrolytique de Newmann placée dans l'urètre postérieur. Janet remplace cette bougie par l'excitateur à boule olivaire du professeur Guyon.

Cinq à dix milliampères pendant cinq à dix minutes suffisent (Hogge) et peuvent même provoquer des eschares si on ne protège pas suffisamment l'électrode rectale. Ils produisent d'ailleurs habituellement à la longue un léger épaississement, sans inconvénient, de la muqueuse rectale.

Plus récemment (1904), Courtade fit construire un dispositif que nous décrirons en quelques mots, à titre de spécimen. Cet appareil qui utilise le courant faradique comprend :

1° Une tige métallique plate et flexible, portant à l'une de ses extrémités une mince lame de platine, à l'autre une borne d'attache reliée au pôle négatif de la source électrogène ;

2° Un double doigtier en caoutchouc. Le doigtier qui doit être en contact avec la muqueuse rectale est perforé, à sa partie terminale, de cinq à six petits trous qui permettent la diffusion du courant. La tige métallique est interposée entre les deux doigtiers, et la lame de platine correspond à ces trous ;

3° Un pôle positif perdu sur l'abdomen.

En terminant, nous ferons remarquer que le terme d'électromassage paraît bien impropre, et que le massage digital mérite seul véritablement ce nom, car seul il est essentiellement mécanothérapique. Il possède d'ailleurs une action évacuatrice que ne saurait avoir le premier, au moins au même degré, en dépit de ce que prétend Janet (1) quand il dit :

1. Janet. 4e session de l'Association française d'urologie, 1899.

« Tous les moyens sont palliatifs s'ils ne sont précédés d'une évacuation parfaite de la glande, qu'il faut demander à l'électricité (faradique) si le massage ne peut la fournir. » Les divers opérateurs l'ont même si bien compris qu'ils associent généralement (Hogge, Le Fur), à l'application du courant, les manœuvres d'expression mécanique.

Ce terme de « massage » électrique ne peut s'expliquer que par les analogies de technique opératoire, qu'il soutient avec le massage digital. Mais, si l'on emploie couramment le massage de l'abdomen contre la constipation chronique, appellera-t-on « massage électrique de l'abdomen » l'application locale de l'électricité au traitement de cette affection ?

CHAPITRE V

Indications et contre-indications.

I. — *Massage digital.*

Si l'on se reporte à l'étude que nous avons faite de la physiologie pathologique de la prostate, il nous sera facile de préciser les indications et les contre-indications du massage.

Rappelons d'abord que le massage n'est pas un moyen de diagnostic. L'opérateur doit faire d'abord son diagnostic, et nous dirons ici qu'en général les troubles fonctionnels des organes génito-urinaires imposent formellement le toucher rectal, qui seul permet d'apprécier l'état de la prostate très souvent en cause. Quoi qu'il en soit, ce n'est qu'après avoir établi son diagnostic, que le médecin doit procéder, s'il y a lieu, au massage de la prostate. D'ailleurs toucher rectal, examen et massage peuvent se succéder immédiatement.

Les indications générales du massage sont précises chaque fois que des sécrétions, infectées ou non, séjournent dans la prostate et les vésicules complètement ou partiellement incapables de se vider spon-

tanément. Cela revient à dire que dans toutes les prostatites aiguës, subaiguës ou chroniques, partielles ou généralisées, à une période déterminée de leur évolution, le massage est un adjuvant heureux du traitement usuel ; il hâte la fin des accidents, et assure la guérison définitive, si exceptionnelle, on le sait, lorsque les malades sont abandonnés à eux-mêmes. Les contre-indications générales sont surtout dans les phénomènes inflammatoires aigus.

Toutes les complications à redouter du massage auraient pour cause une faute opératoire, même celles qui résultent de la pénétration de l'urine dans les glandes dont la cavité reste béante et le canal excréteur dilaté après l'expulsion du contenu (intervention prématurée, violences exercées sur la prostate, prolongation excessive des manœuvres). Il faut le plus souvent répéter les séances de massage jusqu'au moment où l'organe diminué de volume a acquis une consistance uniforme et souple, et où la compression ne provoque plus l'issue d'aucun liquide. Au reste, le massage n'est pas le seul moyen (bien qu'il soit le seul traitement mécanique), qui soit à la disposition du praticien dans la thérapeutique des affections de la glande.

A. — *Du massage dans les affections de l'urètre.*

Au premier abord, il semble que l'on puisse agir, par le massage de la prostate, sur la musculature de l'urètre dans les cas de *spasme de la région prostato-*

membraneuse. Ces manœuvres, nécessairement obscures, ne sauraient être absolument inoffensives, surtout si l'on cède à la tentation de les pratiquer sur des bougies Béniqué ou des sondes rigides introduites dans l'urètre. Et puis, il importe de distinguer si le spasme est dû à une lésion pathologique du canal (rétrécissements du canal ou du méat) accompagnée ou non de rétention prostatique, ou seulement à l'état névropathique du sujet.

Dans le premier cas, on commencera par traiter les rétrécissements en leur appliquant les méthodes ordinaires ; ensuite, on massera la prostate s'il y a lieu.

Dans le second cas, le massage de la prostate ne peut être qu'un procédé palliatif et innocent, à moins qu'il n'agisse à titre suggestif. D'ailleurs, nous craignons qu'il ne soit alors du nombre de ces manœuvres empiriques appliquées par les charlatans de la médecine aux neurasthéniques qui ont lassé tous les spécialistes (tapotements du périnée, électrisations plus ou moins vibratoires), dont la pratique frise toutes les immoralités.

Dans les *urétrites aiguës*, spécialement la *blennorragie* qui, comme chacun le sait, a pour conséquence presque fatale l'infection plus ou moins précoce de la prostate, il peut paraître indiqué d'évacuer de très bonne heure le contenu de la glande. D'autre part, l'inflammation du canal entraîne généralement, comme nous l'avons démontré, la rétention des sécrétions et la dilatation des culs-de-sac glandulai-

res : pour cette raison encore, il semble légitime d'évacuer ces culs-de-sac pour parer à la rétention.

Mais comme, en l'absence de tout symptôme appréciable, il nous est impossible de savoir si la prostate est infectée, les manœuvres de massage, si douces soient-elles, risquent de jouer à l'égard de la glande le rôle d'un traumatisme, et d'en provoquer ainsi l'inflammation franche. Dans le cas même où des signes légers d'infection se montreraient, nous ignorons dans quelle mesure ils sont incapables de rétrocéder spontanément, et le massage d'ailleurs ne pourrait qu'empêcher cette rétrocession, si même il n'aggravait pas les lésions.

Il est donc sage de soigner d'abord l'urétrite ; et, lorsque la période inflammatoire sera définitivement terminée, quelques séances de massage suffiront pour obtenir l'évacuation des culs-de-sac.

B. — *Du massage dans les affections de la prostate.*

1° « Dans l'*hypersécrétion* avec stagnation glandulaire sans infection manifeste, il faut débarrasser les glandes pour éviter à la fois la possibilité d'un ensemencement dans leur cavité et la formation d'un vase demi-clos où s'exagèrent la virulence et la pullulation microbiennes » (1). Si la rétention est due à une continence prolongée ou à des excitations génésiques

1. Guépin. Communication à l'Acad. de Méd., 6 janvier 1903.

non satisfaites, il va de soi que le coït sera un moyen de traitement à la fois plus naturel, plus efficace et plus agréable des accidents de prostatisme. Reliquet s'est fort bien trouvé de l'avoir conseillé à quelques-uns de ses malades.

2° Dans les *prostatites aiguës*, le massage ne doit être pratiqué, cela va sans dire, qu'avec la plus grande circonspection : souvent d'ailleurs il est horriblement douloureux, et ne serait pas supporté par le malade.

a) Même si la prostatite est *localisée*, si quelques culs-de-sac seulement sont enflammés, dans ces cas décrits par Reliquet sous le nom un peu impropre, mais très expressif, de « furoncle de la prostate », il est contre-indiqué de masser à la période inflammatoire, car on ne ferait qu'aggraver et étendre le mal. A la période de défervescence, un seul massage suffira généralement pour expulser le pus formé, et les quelques éléments nécrosés qui constituent une sorte de bourbillon. Mais l'opérateur n'agira que lorsqu'il sera sûr de ne pas provoquer par son intervention une nouvelle poussée inflammatoire.

b) Si la prostatite évolue par *poussées aiguës successives*, l'expulsion digitale devra être retardée autant que possible. Quelque soulagement que puisse apporter au malade l'évacuation du pus collecté, il vaut mieux attendre, de peur d'influer d'une façon malheureuse sur l'évolution des collections voisines en formation. La périprostatite toujours à craindre est une contre-indication formelle.

c) Si la prostatite est *totale d'emblée*, on attendra encore le déclin de l'inflammation, la chute des phénomènes fébriles. La périprostatite est fréquente en pareil cas ; la destruction de la glande, sa sclérose sont possibles. Le massage pourra peut-être prévenir cette terminaison fâcheuse, du moins dans une certaine mesure par cette action circulatoire et nerveuse dont nous avons parlé au début de ce travail. On prolongera les séances de massage, selon la sensibilité du sujet, jusqu'à ce que tous les produits inflammatoires soient complètement expulsés.

Quand la prostate est nettement fluctuante et contient une véritable collection purulente, nous croyons, avec Lebreton (1), que le massage « peut amener l'ouverture de la collection dans le rectum ou dans l'urètre, terminaisons très inférieures comme résultats », aux interventions opératoires périnéales. « Dans le cas où l'abcès glandulaire s'est spontanément ouvert dans l'urètre profond, il y a tout intérêt à essayer d'abord de vider la prostate, et une telle manière de procéder permet assez souvent d'obtenir les meilleurs résultats dans le minimum de temps, ce que le malade apprécie par-dessus tout. » En cas d'insuccès, il faut recourir à la périnéotomie.

3° *Massage dans les prostatites subaiguës.* — La prostatite subaiguë est très fréquente, et généralement diffuse. Elle succède à une infection urétrale,

---

1. Lebreton, *loco citato*.

presque toujours gonococcique. C'est dans la thérapeutique de cette affection que le massage donne les plus heureux résultats. Il empêche en effet la lésion généralement bénigne, quelquefois ignorée, mais tenace, de devenir chronique et d'engendrer la prostatite sénile.

Il est généralement suffisant de procéder au massage deux ou trois fois par semaine. A chaque séance, on examinera microscopiquement, si on peut le faire, le liquide prostatique obtenu, et on tirera de cet examen des conclusions sur les progrès réalisés. Avec de Keersmaecker (1), nous estimons que la durée du traitement ne doit guère être inférieure à cinq ou six semaines. On l'interrompra d'une ou deux périodes de repos, et on se guidera toujours pour le cesser définitivement, sur les résultats obtenus.

Il n'y a pas contre-indication formelle, sauf bien entendu les phénomènes aigus de la cystite (mictions fréquentes, douloureuses, etc.). On interromprait alors les séances de massage pour les reprendre au moment où se produirait l'accalmie.

4° *Massage dans les prostatites chroniques.* — Les prostatites chroniques succèdent d'ordinaire aux prostatites aiguës ou aux prostatites subaiguës d'origine blennorragique. Elles se révèlent généralement par des accidents urinaires dus à la prostatomégalie : nous en avons déjà parlé.

---

1. De Keersmaecker. *Annales de la Société belge de Chirurgie*, 15 avril 1895.

Ici, on ne peut guère espérer une réparation parfaite. Le massage est palliatif. Les séances seront répétées à des intervalles variables, réglés par la réplétion des cavités glandulaires toujours signalée par des troubles urinaires. On se bornera par exemple à une ou deux séances par semaine pendant deux à trois semaines, et on interrompra pendant un mois.

Ce sont ces prostatites chroniques qui acheminent le malade vers l'hypertrophie sénile de la prostate, état pathologique qui n'est, comme l'ont prouvé Reliquet et Guépin, que de la prostatite subaiguë ou de la prostatite chronique plus ou moins ignorée.

A la phase préparatoire de l'affection, alors que la sclérose est peu accentuée, on se félicitera de séances rares, tous les mois par exemple. Le massage est alors en quelque sorte prophylactique, car il y a peu de rétention, et la prostatomégalie est modérée ; il agit surtout en activant la circulation de l'organe.

S'il y a sclérose accentuée (deuxième stade de Guépin), on se retrouvera dans les conditions de la prostatite chronique simple. Le massage s'adresse alors directement à la rétention, donc à la prostatomégalie. On en tirera les meilleurs résultats, car le malade souffre déjà à cette période d'accidents urinaires quelquefois graves, qui se reproduiront chaque fois qu'il existera de l'hypertension prostatique. Une séance de massage faite à propos le soulagera immédiatement en amenant la disparition rapide de tous ses troubles urinaires.

Dans ces deux premiers stades, on suspendrait sans tarder le massage s'il survenait de l'infection de la prostate, car on serait alors en présence d'une poussée de prostatite aiguë au cours d'une prostatite chronique.

Au troisième stade de la maladie, lorsque la prostate est devenue totalement et définitivement fibreuse, il n'y a rien à attendre du massage que des complications : il est donc absolument contre-indiqué.

4° Disons en terminant quelques mots des *prostatites spécifiques*.

a) S'il y a *cancer de la prostate*, il faut se garder d'exercer sur la glande aucune manœuvre mécanothérapique, car elle serait suivie presque à coup sûr d'une hématurie ou d'une poussée inflammatoire.

b) Dans la *prostatite tuberculeuse*, les séances seront rares, excessivement prudentes. La prostate n'échappe pas à la règle générale qui domine et dirige le traitement de toutes les tuberculoses, celle de mettre, autant que possible, au repos le plus absolu l'organe atteint. Cependant, dit Guépin (1), « quand l'état constitutionnel est la tuberculose, il n'est pas rare de voir ces malades très soulagés par l'expulsion, soit physiologique — quand celle-ci est possible, — soit par la compression avec le doigt. » Mais, dès que l'infection bacillaire aura envahi toute la masse de la glande (induration ou ramollissement), on s'abstiendra de toute manœuvre mécano-

1. Guépin. *Glande de l'urètre*, t. I, p. 61.

thérapique, comme dans le cancer : une intervention chirurgicale sera bien plus indiquée.

c) Les *prostatites syphilitiques* sont peu connues. Il est vraisemblable qu'elles seront traitées plus utilement par la médication spécifique que par le massage.

CHAPITRE VI

Valeur thérapeutique.

I. — *Massage digital.*

Le massage de la prostate a été très diversement apprécié.

Nous ne citerons que pour mémoire l'opinion manifestement exagérée, sinon fausse de Noguès (1), qui dit n'avoir rien obtenu du massage isolé de la glande.

Hogge (2), qui préfère souvent le massage électrique, reproche au massage digital :

1° De ne pas atteindre toutes les glandes prostatiques ;

2° De provoquer une irritation mécanique nuisible à l'épithélium glandulaire qui, de ce chef, exagère ses sécrétions pathologiques ;

3° De provoquer souvent la rupture des collections purulentes intraprostatiques, « rendant interstitielle

1. Noguès, cité par Hogge.
2. Hogge, *loc. cit.*

une prostatite glandulaire, ou aggravant une prostatite déjà interstitielle ».

A ces griefs, nous répondrons :

1° Que toutes les glandes prostatiques sont accessibles au massage, celles qui sont situées en avant de l'urètre n'étant que des glandes à mucus (Guépin) ; celles-ci ne seront d'ailleurs pas mieux vidées par le massage électrique que par le massage digital qui peut les comprimer sur la symphyse pubienne ;

2° Que si l'irritation mécanique du massage digital nuit à l'épithélium glandulaire, c'est qu'il a été pratiqué, ou trop violemment, ou trop longtemps, ou lorsqu'il était contre-indiqué. Cette crainte d'irriter les culs-de-sac de la glande ne doit pas d'ailleurs faire méconnaître cette règle de pathologie générale, qui consiste à évacuer au dehors toutes les sécrétions pathologiques, règle d'autant plus formelle que les accidents de prostatisme ne peuvent être négligés. Or, l'électricité provoquera moins bien que le doigt l'évacuation du liquide prostatique.

3° Que l'abcès fluctuant de la prostate est une contre-indication au massage, et une indication opératoire que ne saurait éluder l'application du courant « galvanique ».

Aussi bien, les auteurs sont généralement d'accord sur la valeur thérapeutique du massage de la prostate. De Keersmaecker (1) considère « le massage comme la base du traitement de toutes les prostati-

1. De Keersmaecker, *loco citato*.

tes chroniques, à part les tuberculeuses », de Janet (1). Pour Motz (2), le massage « non seulement décongestionne la prostate (quand les vaisseaux sont dilatés et pas encore sclérosés), mais aussi facilite la résorption des infiltrats embryonnaires fréquents dans les hypertrophies ». Guiard (3) estime que c'est le moyen de traitement le plus important des prostatites gonococciques chroniques: « Méthodiquement pratiquée, l'expression de la glande malade, l'évacuation artificielle des produits de sécrétion contenus dans les glandules, représente en quelque sorte pour la prostatite ce qu'est pour le furoncle l'issue du bourbillon. Cette évacuation est d'autant plus utile que les liquides déposés ensuite dans l'urètre postérieur sous forme d'instillations ou de lavages, auront plus de chances de pénétrer dans les diverticules glandulaires et d'en modifier la surface malade. Même dans les cas, d'ailleurs très rares, où les glandes prostatiques paraissent indemnes, le massage prudemment exécuté me paraît de nature à favoriser le dégorgement de la glande et ne présente aucun inconvénient. »

Nous ne citerons pas l'opinion de Guépin, qui tenait la méthode de Reliquet lui-même, et s'efforça, depuis 1894, de l'arracher à l'oubli et de la vulgariser.

---

1. Janet, *loco citato*.
2. Cité pas Hogge.
3. Guiard. *Les complications locales et générales de la blennorrhagie aiguë et chronique chez l'homme*. Paris, 1898.

Au reste, il est juste de dire avec Hogge qu'elle n'est pas le seul traitement des prostatites, « une panacée ». Elle est un procédé thérapeutique qui a pour objet et pour effet :

1° De supprimer certaines causes de spasme urétro-vésical, les plus importantes peut-être ;

2° De guérir ou d'atténuer les phénomènes locaux par l'expression des glandes prostatiques dilatées ;

3° De modifier favorablement les sécrétions prostatiques pathologiques ;

4° De décongestionner heureusement l'organe en régularisant sa circulation.

Une seule séance de massage a toujours, lorsqu'elle est opportune, des résultats immédiats, car elle diminue la prostatomégalie, partant l'excitation nerveuse du plexus vésical, et atténue ou supprime les accidents de prostatisme, rendant ainsi les mictions plus complètes et plus faciles. Ces résultats sont plus appréciables encore lorsqu'elle évacue des sécrétions infectées, purulentes, car elle peut constituer l'unique traitement de la maladie.

S'il y a lieu de répéter les séances, les heureux effets s'en accentuent progressivement : la prostate et les vésicules finissent par reprendre leurs caractères normaux, et les mictions deviennent de moins en moins fréquentes, de moins en moins pénibles ; le suc prostatique qui, à l'état pathologique contient : des cellules épithéliales, du pus, du sang, des spermatozoïdes morts, des sympexions très abondants et des calculs, ne renferme plus de graisses, est

devenu acide et très abondant, reprend ses caractères physico-chimiques normaux qui sont inverses.

Il ne faut pas croire cependant que le massage amène toujours cette quasi-restitution *ad integrum* de la glande prostatique. Dans les cas malheureusement les plus nombreux, on ne fait que se rapprocher plus ou moins de cet état favorable ; ce procédé thérapeutique est alors purement palliatif, et la sclérose peut évoluer fatalement.

En résumé, le massage de la prostate a, selon les cas, une action prophylactique, palliative ou curative.

II. — *Massage électrique.*

L'électro-massage de la prostate est encore plus diversement apprécié que le massage digital. Hogge et Janet entre autres s'en louent fort, prétendant lui devoir des succès complets chez des malades, nullement neurasthéniques d'ailleurs, traités en vain par d'autres méthodes et abandonnés de tous les médecins. Nous renvoyons pour plus de détails aux chapitres précédents. Guiard (1) craint que l'électricité « ne rende pas grand service au malade », et nous croyons que la vérité se rapproche plus de cette dernière opinion que de la première.

---

1. Guiard, *loc. cit.*

OBSERVATIONS

Tous les urologistes connaissent l'efficacité du massage de la prostate, et possèdent dans leur clientèle des malades qui lui doivent la guérison ou une amélioration appréciable. Toutes les observations que nous pourrions rapporter n'auraient rien de bien particulier. Cependant, nous en choisirons quelques-unes.

I. — *Massage dans l'hypersécrétion prostatique.*

Obs. I (Reliquet. *In Coliques spermatiques.* Résumée). — M. X. Envies fréquentes d'uriner et légère douleur à la fin de la miction. Envie d'uriner souvent impérieuse, 50 ans, bien portant par ailleurs.

Au toucher, prostate presque normale, vésicules assez volumineuses, non dures.

La compression de la partie moyenne de la prostate amène au méat un liquide qui a les caractères du sperme. Le malade a cessé brusquement, il y a deux ans, des rapports sexuels jusque-là réguliers. La compression de la prostate et les pertes séminales nocturnes involontaires améliorent les troubles urinaires. Le coït régulièrement pratiqué en amène la disparition complète.

II. — *Massage dans la prostatite aiguë localisée.*

Obs. II (Reliquet), voir page 20.

Obs. III (Reliquet). — Un fait typique de cette prostatite glandulaire localisée est celui que j'ai observé avec le Dr Ordenstein. Une première fois, mon confrère m'appelle près de son client R..., bien constitué, âgé de 28 ans, qui était en proie aux douleurs vésico-urétrales les plus intenses. Cet état durait depuis plusieurs jours. Je constatai la présence d'une tuméfaction grosse comme le bout du doigt dans le lobe gauche de la prostate extrêmement douloureuse, commençant à se ramollir. Je prescrivis les grands lavements avec une longue canule en gomme, et, en évacuant l'intestin, il donnèrent un soulagement relatif ; puis un petit lavement de 100 grammes de mucilage de graine de lin contenant vingt gouttes de laudanum. La nuit se passa un peu mieux que les précédentes, quoique les envies d'uriner fussent fréquentes. Cependant, le malade avait conservé son lavement de mucilage de graine de lin. Le lendemain, l'examen de la prostate avec le doigt était bien moins douloureux ; la pression sur la tumeur la vida dans l'urètre et il sortit par le méat un véritable bourbillon muqueux purulent gros comme le bout du doigt. Immédiatement le malade fut soulagé. Il éprouve encore de la douleur en urinant, mais tous les phénomènes généraux de la réaction inflammatoire s'apaisent, le malade buvant du lait et de la tisane de queues de cerises, les urines deviennent aqueuses, les douleurs de la miction cessent en même temps que les envies d'uriner arrivent aux intervalles naturels. Dix ans après, le Dr Ordenstein me rappelle pour ce même malade qui, du reste, présentait

exactement les mêmes accidents ; seulement, la tuméfaction de la prostate était plus étendue, elle semblait occuper au moins la moitié du lobe gauche, très dure, très saillante, très douloureuse à la moindre pression. Nous conseillons toujours le même traitement... Après trois jours de ce traitement, le malade s'impatiente et me dit : « Vous ne me guérissez pas aussi vite que la première fois ». Il ne s'apercevait pas que cette première fois j'étais arrivé près de lui alors qu'il souffrait déjà depuis cinq ou six jours, et que mon intervention arrivait juste au moment où l'évacuation du bourbillon mucopurulent par l'urètre, dû à la compression du doigt sur le prostate, était possible ; tandis que cette fois, à ses premières douleurs, il m'avait fait appeler, et que nous étions obligé d'attendre la maturité du bourbillon. M. Gosselin fut appelé ; il constata, comme mon confrère Ordenstein et moi, cette prostatite localisée, et conseilla au malade de patienter jusqu'à ce que l'évacuation provoquée soit possible. Le septième jour la tuméfaction prostatique étant ramollie, la pression du doigt fit sortir le bourbillon par l'urètre. Cette fois, il était certainement beaucoup plus gros que la première, et le rétablissement du malade se fit avec la même rapidité.

I. — *Massage dans la prostatite subaiguë.*

Obs. IV (due à l'obligeance du Dr Lebreton). — Isidore A..., 19 ans, vient consulter le 14 décembre 1904. Urétrite depuis cinq semaines. Ecoulement continu peu abondant, gonocoques.

Fréquence des mictions : six à huit fois le jour. Urines très abondantes, 1er verre très troubles, pâles ; 2e et 3e verre claires et pâles.

16 décembre. — Ne souffre plus en urinant. Prostate un peu volumineuse, arrondie. Consistance un peu élastique, un peu douloureuse sur toute son étendue. La compression digitale ramène une grande quantité de liquide séro-purulent.

Traitement. — Lavage au permanganate à 1 p. 6000. Massage de la prostate trois fois par semaine, continué pendant cinq semaines.

24 janvier. — Pas d'écoulement. Urines : 1er verre un peu louches, filaments semi-lourds ; 2e et 3e verres, rien.

Au toucher, la prostate est normale, et la compression amène au méat une goutte de liquide clair.

On institue les lavages à l'oxycyanure de Hg (1 p. 4000) et on continue le massage. Huit jours après, la guérison est complète.

Obs. V (due à l'obligeance du Dr Lebreton). — Louis B..., 33 ans. Vient consulter le 16 septembre 1905 pour troubles urinaires intermittents (pollakiurie). Blennorragie il y a deux ans, mal soignée, jamais complètement guérie. Urines : 1er verre, filaments lourds ; 2e verre, rien. Prostate volumineuse, légèrement bosselée, surtout à gauche, un peu douloureuse à la pression, qui ramène un liquide louche. Traitement : massage, instillations nitrate d'argent à 1 o/o dans l'urètre postérieur, trois fois par semaine. Les troubles urinaires s'améliorent immédiatement, et disparaissent au bout de trois ou quatre jours. Dès le 23 septembre, les urines sont claires, sans filaments. La prostate a progressivement diminué de volume, et le massage n'amène plus rien au méat. Le malade se déclarant complètement guéri, on cesse le traitement le 29 septembre.

Obs. VI (Reliquet), Voir p. 17.

II. — *Massage dans la prostatite chronique.*

Obs. VII (Reliquet), Voir p. 21.

Obs. IX (Reliquet). — M. X..., 68 ans, vient chez moi le 12 avril 1893. Depuis deux ans, il urine fréquemment (quatre à huit fois la nuit). Depuis huit jours, il ne peut uriner sans se sonder, et, les envies étant fréquentes, il le fait de huit à douze fois par vingt-quatre heures. Ce malade, étant comptable d'une maison de caoutchouc et d'instruments de chirurgie, prit une sonde en gomme, la graissa avec de l'huile ordinaire, et se la passa. A eu à la suite, pendant quatre jours, des frissons, et depuis il a de la fièvre.

Au toucher rectal : grosse prostate avec saillies fluctuantes : muco-pus sortant immédiatement après par le méat. Il entre dans une maison de santé : sonde à demeure, lavages de vessie grands lavements, suppositoires jusquiame et iodoforme ; repos, lait, sulfate de quinine. La fièvre cède bientôt. Le muco-pus prostatique sort par le méat par-dessus la sonde. On vide de moins en moins souvent la vessie, qui se dilate mieux (toutes les quatre heures).

Tous les quatre jours, je retire la sonde en caoutchouc pour la vérifier et la nettoyer. Avant de la retirer, je laisse 200 grammes d'eau boriquée dans la vessie. Avec le doigt dans le rectum, je comprime la prostate : le muco-pus sort en abondance par le méat.

Après dix jours, la prostate étant revenue sur elle-même, l'excitation vésicale n'existant plus, je retire la sonde à demeure et on passe la sonde pour évacuer l'urine, toujours en laissant chaque fois de l'eau boriquée dans la vessie, et en lavant l'urè-

tre lorsqu'on retire la sonde. Il y a écoulement de muco-pus abondant par l'urètre, et lorsque tous les matins je comprime avec le doigt la prostate par un véritable massage, je fais sortir de moins en moins de muco-pus...

Le 24 avril, le liquide prostatique évacué le matin par le massage de la prostate est de moins en moins purulent (il commença par n'avoir que des grumeaux purulents, puis des stries ; puis enfin le liquide est clair, opalin, normal)...

Le 1er mai, le massage de la prostate du matin que je fais après le lavage de la vessie ne fait sortir que quelques gouttes de liquide muqueux opalin.

Au lavage de la vessie du matin, pendant la sonde à demeure, l'urine venant de la vessie était claire jusqu'à la dernière goutte. La sonde enlevée, mais pendant le temps où on la passait pour évacuer l'urine, toujours les dernières parties d'urine étaient chargées de pus, et même de pus assez épais et abondant. Cela a continué, lorsque le malade a uriné seul, pendant huit jours ; mais la quantité de pus évacuée avec la fin de l'urine par la sonde a toujours été en diminuant.

Les urines recueillies dans le tube en verre gradué ont présenté les mêmes variations : pendant la sonde à demeure, pas de dépôt de pus ; pendant le sondage pour uriner, dépôt de pus ; et dépôt de pus au fond du vase beaucoup plus abondant quand le malade a uriné tout seul. Ici le dépôt de pus, d'abord très abondant et épais, a diminué peu à peu de densité, a fini par devenir plus léger, et enfin a disparu.

Ainsi le pus est toujours venu de la prostate.

A partir du 4 mai, le malade retourne chez lui et fait lui-même les lavages de vessie. Il vient chez moi tous les deux jours, et je constate que le liquide chassé par le massage de la pros-

tate est très peu abondant, quelques gouttes, et très clair. Bien entendu, il n'y a plus d'écoulement.

Le 7, je commence à donner des aliments solides... »

BIBLIOGRAPHIE

Chapitre I. — *Définition.*

Aubry. — Valeur et indications du Massage de la Prostate. Aubry. Thèse, Paris, 1899.

Colin (Gabriel). — Examen et Massage de la Prostate et des vésicules séminales. Revue Internationale de médecine et de chirurgie, 25 juillet et 10 août 1900.

Guépin. — Lettre à la Société de Cinésithérapie, 1903.

— Revue de Cinésie, 1903. Discussion sur le Massage des glandes.

Chapitre II. — *Historique.*

Voillemier et Le Dentu. — Traité des Maladies des voies urinaires, 1881.

Von Frisch. — Die Krankheiten der Prostata. Wien A. Hœlder, 1899.

Fuller. — The American Journal of the med. Sciences, 1897. S. 440.

Reliquet. — Œuvres complètes, Paris, 1895.

Ebermann. — Société de médecine de Saint-Pétersbourg, mars 1892.

— Die Massage der Prostata. International Centralblatt für die Krankheiten der Harn und. sex. org., 1892, p. 391. Wien. med. Presse, 1895, 48-49.

Thure-Brandt. — Zur Massage bei Prostatis. Deutsche med. Wochenschrift, 1892, n° 44.

Schlifka. — Ueber Massage der Prostata. Wiener Med. Wochschr, 1893, nos 20, 21.

Rosenberg. — Internat. Centralblatt. 1894, p. 411.

— Die therapie der Prostatitis chronica. Nitze Oberlander's Centralbl., 1895, p. 87.

— Chronica Nitze, 1893, p. 310 et 416.

Hogner. — On spermatorrh. and incipient hypertroph. of the prostate and a proposed method. for its treatment. Boston, Journal, mars 1894, S. 239.

Robert W. Taylor. — New-York med. Journal, février 1895.

Reliquet et Guépin. — Gaz. méd. de Paris, octobre 1894.

Guépin. — Comment il faut explorer la Prostate. Journal des praticiens, 1er février 1896.

— Revue internationale de méd. et de chirurgie, février 1896.

— La colique spermatique, Paris 1894.

— La clinique de Montréal, juillet 1897, avril 1898.

— Académie de Médecine, 24 août 1897.

— Gazette des Hôpitaux, 26 août 1897.

— Journal des Praticiens, 25 septembre 1897.

— Revue Internationale de thérapie physique, 15 août 1902.

— France Médicale, 1901.

— Tribune Médicale, 13 décembre 1899.

— Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie, octobre 1898.

— Traitement du rhumatisme blennorragique. Progrès médical, 21 juin 1902.

— Acad. de méd., 22 juillet 1902.

— Progrès médical, 9 février 1901.

Hoffmann. — Kliniches Handbach d. Harn. und. sex. org. Leipzig, 1894.

Hogge. — Le Scalpel, 24 mars 1895. Traitement de l'hypertrophie de la Prostate.

De Keersmaecker. — Annales de la Société belge de chirurgie, 15 avril 1895.

janet. — Annales génito-urinaires de Guyon, juin, 1895.

Felecki. — Massage der Prostata. Centralbl. für Harn und. sex. org., 1895, 9, 10.

Swinburne. — Journ. of cut. and g. u. dis., 1898, p. 119.

Eupir Walter Collan. — Ueber spermatocystis, 1898, An. in Gaz. hebdom., 1899.

Guiard. — Les complications locales et générales de la blennorragie aiguë et chronique chez l'homme, 1898.

Le Clech. — Prostatites d'origine intestinale. Thèse. 1903.

Hogge. — Des urétro-prostatites subaiguës d'emblée, non gonococciques. Ann. de la Soc. méd. de chir. de Liège, avril 1897., 2e et 3e sessions de l'Ass. française d'urologie.

Tripier (A.). — Des applic. de l'électricité à la médecine. Paris, 1867. Manuel d'électrothérapie, 1867.

Chéron (Jules) et Moreau-Wolff. — Des services que peuvent rendre les courants continus dans l'inflammation, l'engorgement et l'hypertrophie de la Prostate. Gazette des hôpitaux, 1870.

Debedat (X.). — Electrolyse de la Prostate hypertrophiée per rectum. Annales de la Policlinique de Bordeaux, avril 1899.

Fort. — Electrolyse. Académie des Sciences, 22 juillet 1889.

Roux. — L'Electrolyse de la Prostate. Revue méd. de la Suisse romande, mai 1888.

Lucas (F. et A.). — Electricité médicale. Paris, 1900.

Popper. — Therapie der Schlafpollutionen, Spermatorrhæ und einiger Prostata affectionen möttelst faradisirung der Prostata. Wiener medic. Blätter, 1899, nos 1-4.

Hogge. — L'Electro-massage de la Prostate dans le traitement de l'hypertrophie de la Prostate et du Prostatisme vésical. Compte rendu de la 4e session de l'Association française d'urologie.

Courtade. — Electro-massage de la Prostate. Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires, no 1. 1904.

Chapitre III. — *Considérations Anatomiques et Physiologiques.*

Poirier. — Traité d'Anatomie.

Testut. — Traité d'Anatomie.

Reliquet et Guépin. — Les Glandes de l'urètre, 2 vol. Paris, 1894.

Guépin. — L'hypertrophie sénile de la Prostate. Paris, Vigot, 1900.

— Des relations entre la Prostate et les vésicules séminales, 9 mars 1898.

Etiologie de la Prostatite sénile :

Indépendance médicale, 18 décembre 1895.

Médecine moderne, 16 octobre, 1897.

Hyperthrophie sénile de la prostate et prostatomégalie. Tribune médicale, 21 avril 1896.

— Anatomie normale de la Prostate. Société de médecine de Paris, séance du 25 février 1899.

— Influence du spasme de l'urètre sur la stagnation et la rétention des sécrétions dans la prostate. Soc. de Biologie, janvier 1895.

— Signes de la congestion prostatique. Acad. de méd., 17 janvier 1899.

Ayres (W.). — New-York med. Journal, 14 mai 1898.

Griffiths. — Observ. of the anatomy of the Prostate. Journ. of Anatomy and Physiol., 1889, vol. XIII.

Langerhans. — Ueber die accessor. Drüsen der Geschlechtsorgane. Wirchow's Arch., 1874.

Robin (Ch.). — Leçons sur les humeurs. Du liquide prostatique, p. 445.

Chrétien. — Dictionn. des Sc. méd. Article Glande.

Hénocque. — Aptitude des cobayes mâles à la reproduction. Archives de physiol., janvier 1891.

Rémy. — Soc. de biol., juillet 1885. Journal de l'Anatomie et de la Physiol., 1886.

Reliquet. — Colique spermatique (Bull. Acad. de méd., 1874).

— Communicat. à la Soc. de méd. et de chir. pratiq., 10 mai 1894.

Guépin. — De la colique spermatique. Thèse, Paris, 1894.

Reliquet et Guépin. — Faux rétrécissements de l'urètre. Paris, 1893.

Chapitre IV. — *Technique opératoire.*

Les travaux précédents.

Lebreton (Paul). — Le toucher rectal. Annales des mal. des organes gén.-urin., 15 mars 1905.

Janet. — 4e session de l'Ass. française d'urologie, 1899.

CHAPITRE V. — *Indications et contre-indications*

Les travaux précédents.

GUÉPIN. — Communicat. à l'Acad. de Méd., 6 janvier 1903.

JANET. — Blennorragie chronique chez l'homme. Ann. gén.-urin. de Guyon, juin 1895.

KNOWLES (G.). — Infl. post-blennorragique des vésicules séminales et de la Prostate. Journ. of. cutan., and. g. u. dissases, mars 1898.

LOHNSTEIN. — Zur Behandlung der urethro-prostatitis chronica. Fetschrift für Lewin, 1896, p. 106.

POUSSON. — Précis des mal. des voies urinaires, 1899.

ROCHON. — Syphilis de la Prostate. La Médecine moderne, 1897.

SCHLEN (V.). — Diagn. und therapie der Prostatitis. Chronica nitze, 1893, p. 310 et 416.

VAUTRIN. — Du traitement moderne de l'hypertrophie prostatique. Ann. Gén.-urin. de Guyon, 1896, p. 208.

VOLANSKI. — V^e Congrès des médecins russes (Massage de la Prostate).

MAYET. — Prostatite glandulaire subaiguë d'emblée totale ou partielle. Ann. Gén.-urin. de Guyon, 1896, p. 193.

MONTAGNON. — De la fréquence des localisat. et des reliquats prostatiques de la blennorr. et leur rôle dans la blennorragie. Lyon médical, 1885, n° 31.

NEISSES. — Zur Bedentung der gonorrhoïschen Prostatitis, IV, Dermatolog. Kongress., 1894, Wien.

NOGUÈS. — Méthode décongestionnante dans le traitement de l'hypertrophie de la Prostate. Annales gén.-urin. de Guyon, 1898, p. 682.

Oberlander. — Prostatite chronique. Journ. of. cutan. and., gén.-urin. diseases, juillet 1891.

Posner. — Zur diagnose und therapie der chronischen prostatitis Verh. des VIIIe Kongress für innere medicin zu Wiesbaden, 1889.

Picard. — Traité des mal. de la Prostate et des vésic. sémin. Paris, 1896.

Pezzoli. — Archiv. für Dermatol., 1896.

Allen. — Chronic. inflam. of the seminal vesicles. Med.-News, 1894. The Boston medic. and. surgic. Journal 16, VI, 1896.

Ballon. — Acute prostatitis and prostatic abcess. New-York Record, juin 1891.

E. Finger. — Archiv. f. Dermatolog. and Syph., 1893, XXXIII, 1, 2.

— La blennorr. et ses complic. Paris, 1894. Alcan (traduit par Hogge).

— Wien. med. Wochschr., 1895.

— Archiv. f. Dermat., 1893, XXXXIII. S. 209.

— Pathologie und. therapie der Sterilitäts bein mann, 1898.

Freudenberg. — Centralbl. f. Klin. med., 1893, 26.

— Semaine méd., 1893, annexe p. 166.

Franck. — Die Medizin der Gegenwart, 1898, t. I.

F. Gaillard. — De la prostatite chronique. Thèse de Montpellier, 1902.

Kemp. — A new intrument for the Prostate, for massage, immiction, and the application of electricity combined. Med. Rec. New-York, 1901, 41, X, 318, 1 fig.

Guépin. — Revue Internat. de thérapie physique. Rome, 1902, III, 301-304.

Lewis (B.).— A less disagreable mode of massaging the Prostate and vesicles without instruments. Journ. of cutan and. g. u. dis. New-York, 1899, XVII, 77.

Mozet. — Diagnostic et traitement des prostatites mixtes. Paris, 1902.

Janet. — Revue de thér. méd. chir., Paris 1898, 4, XV, 793-706; 833-838 ; — 1899, 4, XVI, 793-796 ; 825-829 ; — 1900, 4, XVII, 1, 5.

Guyon et Michon. — Ann. G.-U. de Guyon, 1895, XIII, 385-427.

Janet. — Ann. G.-U. de Guyon, 1895, XIII, 481-522.

Moth. — Thèse, Paris, 1896.

Demos. — Traité des mal. des voies urin. Paris, 1898.

Lebreton (Paul). — Traitement local des urétrites chroniques. Revue pratique des mal. des org. génito-urin., 1er mai 1905.

Guyon. — Leçons cliniques sur les mal. des voies urin., 3e édit., t. II, p. 278 et suiv., 284 ; — t. III, p. 328 et suiv.

— Leçons cliniques des affections de la vessie et de la Prostate. Paris, 1888.

— Annales des mal. des org. G.-U., mai 1900.

Regnauld.— Des écoulements urétraux. Examen clinique, 1900.

Colin. — Traitement de la blennorrh. Revue internationale de méd. et de chir., mars 1895, décembre 1898.

Chapitre VI. — *Valeur thérapeutique*. Les travaux précédents.

On trouvera dans la plupart de ces ouvrages, de nombreuses indications bibliographiques.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

I. — *Définition.*

1. Divergence des auteurs.
2. Distinction avec le massage des membres.
3. Analogie complète avec le massage des glandes.
4. Le massage d'une glande doit en être avant tout l'expression complète. L'action circulatoire et nerveuse est accessoire, mais non négligeable.
5. *Le massage de la prostate est l'ensemble des manœuvres destinées à provoquer l'évacuation des culs-de-sac par les canaux excréteurs de la glande.*

II. — *Historique.*

A. — *Massage digital.*

1. De vieux chirurgiens français pratiquaient l'expression de la prostate ; mais cette expression, toute fortuite, ne méritait pas le nom de massage.
2. Aubry, Colin attribuent à Thure-Brandt (1892), l'invention du massage de la prostate. Opinion de von Frisch, Fuller et Alexander.

3. *Priorité de Reliquet* (1880), prouvée par trois observations typiques. Reliquet n'emploie pas le terme de massage, mais celui de compression de la prostate.
4. Communication d'Ebermann à la Société de médecine de Saint-Pétersbourg (17 mars 1892).
5. Article de Thure-Brandt (novembre 1892). Une citation curieuse : Thure-Brandt n'était pas un médecin, mais un sous-officier suédois retraité.
6. Von Frisch (1893), Schlifka (1894), Hogner et Robert William Taylor (1894).
7. Guépin. Les glandes de l'urètre (1894), et nombreux articles depuis.
8. Hogge, de Keersmaecker, Janet (1895).
9. Felecki (1895), qui prétend que la prostate est inaccessible dans son entier au doigt explorateur, et propose un intrument auto-masseur.
10. Les travaux récents : Guépin, Janet, Eupir Walter Collan, Guiard, Aubry, Colin, Le Clech. La pratique des urologistes et les cliniques des hôpitaux.

B. — *Massage électrique.*

1. Tripier (1870), courants induits. Jules Chéron et Moreau-Wolff (1870), courants constants. Leur appareil.
2. G.-N. Tilden et F.-L. Watson, 1885.
3. Ultzmann et Popper (1899), instrument de Popper.

4. Hogge. Courants galvaniques.
5. Le Fur.
6. Courtade.
7. Impropriété du terme de massage électrique.

III. — *Considérations anatomiques et physiologiques.*

A. — *Anatomie.*

1. Définition de la prostate, ses dimensions, sa loge, sa configuration extérieure, ses rapports extérieurs et intérieurs, ses vaisseaux et ses nerfs.
2. *Sa constitution.* — *a*) Le stroma ; *b*) les glandes prostatiques qui sont sous-musculaires. Longueur du canal excréteur, ses trois portions. Sa double gaine musculaire (appareil expulseur, appareil de fermeture). Le lobule prostatique (Guépin).
3. *L'acinus prostatique.* — Grandes et petites cellules (Langerhans). Canaux excréteurs ou sécréteurs.
4. *Le suc prostatique.* Ses caractères physico-chimiques.
5. *Analogie entre la prostate et les vésicules séminales* (Guépin), importante pour la pratique du massage.

B. — *Physiologie.*

1° **Normale.**

1. Le suc prostatique, son rôle, sa sécrétion.
2. *La sécrétion prostatique est continue.*
3. *L'excrétion est intermittente.*
4. *Mécanisme de l'excrétion.* a) *Appareil de fermeture* des canaux excréteurs. b) *Appareil expulseur intrinsèque, appareil expulseur extrinsèque, nécessité de leur synergie*, rôle de la volonté.

2° **Pathologique.** — Les deux fonctions de la glande peuvent être troublées :

1. *Fonction de sécrétion.* — *Hypersécrétion* prostatique dans :

a) L'irritation des parois glandulaires par distension.

b) L'inflammation.

c) L'excitation génésique sans satisfaction.

La stagnation prolongée du liquide prostatique provoque son altération.

2. *Fonction d'excrétion.* — La cause pathogène peut compromettre :

a) *L'appareil de fermeture.*

α) Son *atonie.*

β) Son *occlusion* intempestive

a') *Organique* (sécrétions épaisses, sympexions, calculs, croûtelles, inflammation) ;

b') *Spasmodique* (ataxiques par exemple). Due le plus souvent à une cause d'irritation à l'extrémité de la verge.

b) *L'appareil d'expulsion*

α) *Extrinsèque* (affections périprostatiques).

β) *Intrinsèque* (atonie, sclérose).

Trouble simultané de la sécrétion et de l'excrétion (prostatite sénile). *Tous ces troubles aboutissent à la* RÉTENTION *des produits de sécrétion de la glande, à leur* STAGNATION, *à la* DILATATION *des culs-de-sac, à la* CONGESTION *prostatique et périprostatique, à la* PROSTATOMÉGALIE (*ses accidents urinaires*). *Cet état peut devenir* CHRONIQUE *et engendrer après une période de lutte plus ou moins longue la* PROSTATITE SÉNILE. *On entrevoit le rôle du massage.*

IV. — *Technique opératoire.*

A. *Massage digital.*

1. Distinction avec le toucher rectal, moyen de diagnostic.
2. Massage par le pouce du malade (Hogge). Critique.
3. Rectum et vessie doivent être vides pour l'examen.
4. *Les trois positions :*

a) Décubitus dorsal.

b) Position génu-pectorale.

c) Position génu-pectorale simplifiée.

Nous préférons celle-ci. — Nos raisons.

5. Choix du corps gras dont on enduira le doigt explorateur.

6. Manière d'explorer méthodiquement et utilement la prostate. — Sensations de l'opérateur.

7. *Le massage proprement dit. — Il doit être léger, indolore, prudent et opportun. — Manière de le pratiquer, sensation de l'opérateur et du malade. — Ses accidents, sa durée, sa fréquence. — Précautions à prendre. — Rien ne remplace le doigt.* — Critique des instruments, bougies urétrales ou auto-masseurs rectaux.

B. — *Massage électrique.*

Les appareils, choix du courant, son intensité, mode opératoire, sa durée.

V. — *Indications et contre-indications.*

A. — *Massage digital.*

1. *Les indications générales sont la rétention des produits de sécrétion de la glande. Les contre-indications générales sont dans les phénomènes aigus et les lésions définitivement fixes.*

2. *Du massage dans les affections de l'urètre* (spasme prostato-membraneux).

a) Le *spasme* a pour cause une *lésion du canal* (rétrécissement). On commencera par traiter

cette cause, et on massera ensuite, s'il y a lieu.

b) Il y a pour cause l'*état névropathique* du sujet. Le massage ne peut agir que par suggestion et doit être écarté pour des raisons morales.

c) Dans les *urétrites aiguës* (blennorragie), ne jamais masser pendant la période inflammatoire.

3. *Du massage dans les affections de la prostate.*

a) *Hypersécrétion simple,* indiqué.

b) *Prostatite aiguë. — La plus grande circonspection est de rigueur.*

α) *Prostatite aiguë localisée.* Indiqué à la période de défervescence.

β) *Prostatite aiguë à poussées successives.* On retardera le plus possible.

La périprostatite est une contre-indication.

γ) *Prostatite aiguë totale d'emblée.* — Attendre le déclin, et pratiquer le massage pour prévenir la sclérose.

δ) *L'abcès volumineux de la prostate* contre-indique le massage qui pourrait ouvrir la collection dans le rectum ou dans l'urètre.

c) *Prostatites subaiguës. — Le massage donne les plus heureux résultats.* Durée du traitement, fréquence des séances.

d) *Prostatites chroniques. — Le rôle du massage, en général purement palliatif, est important cependant, car il améliore ou supprime les*

accidents de prostatisme. Utile au premier et au deuxième stade de la maladie, il est contre-indiqué au troisième (sclérose totale). Fréquence des séances. — Contre-indications fortuites.

e) *Prostatites spécifiques.*

α) *Cancéreuse.* — Le massage est contre-indiqué.

β) *Tuberculeuse.* — Quelquefois utile, généralement contre-indiqué.

γ) *Syphilitique.* — Le traitement spécifique vaut mieux.

B. — *Massage électrique.*

Mêmes indications et contre-indications. On le préfère dans les affections névropathiques.

VI. — *Valeur thérapeutique.*

A. — *Massage digital.*

Opinions contradictoires des auteurs : Noguès, Hogge, de Keersmaecker, Janet, Motz, Guiard, Guépin.

1. *Le massage de la prostate n'est pas une panacée, ce n'est pas même le seul traitement de la maladie à laquelle on l'applique, c'est un procédé thérapeutique qui a pour objet et pour effet :*

a) *De supprimer certaines causes de spasme urétro-vésical.*

b) *De guérir ou d'atténuer les phénomènes locaux.*

c) *De modifier heureusement les sécrétions prostatiques.*

d) *De décongestionner la glande en régularisant sa circulation.*

2. *Une seule séance, lorsqu'elle est opportune, donne toujours des résultats immédiats (suppression des accidents urinaires) et peut constituer le seul traitement de l'affection (sécrétions infectées).*

3. *S'il y a lieu de répéter les séances, les heureux effets s'accentuent, mais on n'aboutit pas toujours à la guérison définitive (prostatite sénile).*

Le massage de la prostate a donc, selon les cas, une action prophylactique, palliative ou curative.

B. — *Massage électrique.*

Sa valeur très contestée, est certainement bien inférieure, en général, à celle du massage digital.

Vu : le Président de la thèse :
A. LE DENTU

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu : et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

Imprimerie de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.